FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

308

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES-RAOUL DÉTRÉ

Né à Amiens, le 9 avril 1882.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Travail du Dispensaire de la Caisse des Écoles du VII[e] Arrondissement

L'AVENIR DES PRÉMATURÉS

SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. PINARD, *professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		WEISS.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD.
Pathologie médicale		WIDAL. TLISSIER.
Pathologie chirurgicale		N...
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		MARFAN.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LETULLE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		CHAUFFARD. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE.
Clinique chirurgicale		DELBET (Pierre). QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		N...
Clinique d'accouchements		BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT	PROUST.
BERNARD.	DUVAL.	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (A.).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR BRESSET

MÉDECIN DU DISPENSAIRE DE LA CAISSE DES ÉCOLES DU VII[e] ARRONDISSEMENT

à qui ce travail et son auteur
doivent beaucoup.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat.

M. le Professeur Guyon (Necker, 1902).
M. le Docteur André Bergé } (Charité, 1903-1904).
M. le Professeur Roger }
M. le Professeur Pierre Delbet (Maison Dubois et Laennec, 1905-1906).
M. le Docteur Œttinger (Broussais, 1905-1906).
M. le Professeur Pinard (Clinique Baudelocque, 1906-1907).
M. le Docteur Sergent (Necker, 1907-1908).

Internat.

M. le Docteur Dujarier } (Ricord, 1908-1909).
M. le Docteur Michon }
M. le Docteur Dufour (Infirmerie de la Maternité, 1909-1910).
M. le Docteur Béclère }
M. le Docteur Rist } (Saint-Antoine, 1910-1911).
M. le Docteur Decloux }
M. le Professeur Pierre Delbet (Necker, 1911-1912).

M. le Docteur Pauchet (d'Amiens), M. le Professeur Le Dentu, M. le Docteur Huchard (*in memoriam*), M. le Professeur Legueu, M. le Docteur Couvelaire, M. le Docteur Alexandre Renault, M. le Docteur Hudelo, M. le Docteur Milian, M. le Docteur Rathery, M. le Docteur Ménard (de Berck).

A MES COLLÈGUES ET AMIS

PRÉAMBULE

S'il est expulsé avant la fin du 6e mois de la grossesse, le produit de celle-ci est un *avorton* qui légalement n'est pas viable. A notre époque, il est vrai, le respect de la légalité se perd, et M. Tissier relatait récemment (1) l'histoire d'un de ces avortons qui 36 jours après son expulsion, à la Charité, s'obstinait à vivre en dépit du Code civil (2); « la mère, cuisinière en maison bourgeoise, racontait naïvement qu'elle n'avait pu devenir enceinte avant le 14 juillet, jour de la fête nationale qu'elle avait célébrée à sa façon ». L'état physique de l'avorton (990 grammes, 0 m. 31) justifiait d'ailleurs son dire. Cette survie, « due au hasard, aidé du gavage, de la couveuse et de soins attentifs prodigués inlassablement », est assez exceptionnelle pour qu'il ne soit pas encore temps d'écrire l'histoire de cette catégorie d'enfants.

On réserve le nom de prématurés à ceux qui sont issus d'un accouchement prématuré, de la fin du 6e à celle du 9e mois. De l'avorton à l'enfant à terme les échelons sont nombreux et la limite elle-même n'a rien de précis, puisque aujourd'hui encore « les signes de la maturité du fœtus n'ont point de caractères pathognomoniques (3) ». Ces prématurés,

(1) L. Tissier, Viabilité des nouveau-nés; à l'occasion de la survie d'un produit abortif. *Gaz. des Hôpitaux*, 15 février 1912.

(2) Art. 314.

(3) A. Pinard, *Dictionnaire* Dechambre, 1877. Art. Fœtus, p. 488.

— sur lesquels pourtant ne se trompe guère un œil exercé, même avant la pesée ; dont le corps est grêle, la peau d'un rouge vif, le cri sans vigueur « comme le piaulement d'un jeune poussin (1) » — sont des enfants viables ; mais quelle vie leur est réservée ? C'est un sujet qui a soulevé d'ardentes controverses et à l'étude duquel nous apportons aujourd'hui notre contribution.

Les sociétés antiques semblent avoir refusé délibérément toute possibilité d'avenir à ces enfants débiles. Si la coutume de Sparte, « prodigieux haras (2) », est restée célèbre, elle était à peu près suivie dans tous les pays et à toutes les époques. L'ἀποθεσις ou *expositio* était une façon de se débarrasser des enfants indésirables pour quelque cause que ce fût. Le plus souvent l'idée de sélection était étrangère à ces abandons et par contre elle fait l'originalité de la coutume spartiate sur laquelle nous ne sommes renseignés que par le témoignage de Plutarque. « Si l'enfant était chétif ou contrefait, nous dit-il, les Anciens l'envoyaient aux Apothètes, gouffre voisin du Taygète, parce qu'il n'y avait avantage ni pour lui ni pour la cité à ce qu'il vécût, condamné dès la naissance à n'avoir ni santé ni force (3). » Ce conseil de revision fonctionnait-il ailleurs que dans la cité guerrière ? Cette phrase de Sénèque exprime-t-elle le vœu d'un philosophe ou la justification d'une coutume « *Liberos quoque, si debiles monstruosique editi sunt, mergimus. Non ira sed ratio est a sanis inutilia secernere* (4) ». Elle montre du moins le peu de cas que faisait des enfants débiles la société romaine. A cette froide logique le christianisme devait substituer des idées de pitié qui sont encore les nôtres. Et l'on peut dire que les prématurés ont un avenir depuis l'édit de Constan-

(1) Gueniot, *Gaz. des Hôpitaux*, 1872, p. 1162.
(2) Maurice Barrès, *Le Voyage de Sparte*, p. 232
(3) Plutarque, *Lycurgue*, 16-18 ; traduction Talbot.
(4) Sénèque, *De Ira*, I, 15.

tin (315) interdisant l'exposition des enfants indigents ou illégitimes, ainsi que la noyade des débiles (1).

Quelques-uns d'entre eux, dans les temps modernes, tinrent à changer cette réputation. Devenus des hommes illustres, ils insistèrent avec complaisance sur leur débilité originelle qui ajoutait au mystère de leur destinée. A vrai dire, peut-être y a-t-il plus de goût de l'antithèse que de souci de l'exactitude dans cette évocation de Victor Hugo :

> Cet enfant que la vie effaçait de son livre
> Et qui n'avait pas même un lendemain à vivre,
> C'était moi.

Mais quand il s'agit de professeurs de la Faculté, quel témoignage accablant apportent-ils contre la législation de Lycurgue (2)!

Certes il n'est plus question d'exposer les enfants débiles. Notre sensibilité moderne, qui nous impose d'autant plus de sacrifices pour les êtres humains qu'ils sont plus dégénérés, ne le permettrait pas. Mais au début du dix-neuvième siècle nous est venue d'Angleterre la pratique de provoquer l'accouchement prématuré dans certains cas de rétrécissements du bassin. D'abord condamnée — sous Charles X — comme « attentatoire aux lois divines et humaines (3) », elle paraissait devenue « une des plus grandes conquêtes de l'obstétrique », lorsque M. Pinard, à partir de 1891, dans son enseignement de la clinique Baudelocque, la dénonça, au nom des droits de l'enfant. « C'est en effet une responsabilité

(1) Cf. *Dictionnaire des antiquités* de Daremberg et Saglio. Art. Expositio.

(2) Hergott, Auto-observation in Wallich et Frühinsholz, rapport sur l'avenir éloigné des prématurés. *Soc. obstétricale de France*, 1911.

P. Segond, Discours au professeur Pinard le 13 novembre 1910 : « Je me suis à ces époques lointaines fort mal conduit. Je suis né avant terme, ce qui est déplorable au point de vue santé, vigueur, intelligence... »

(3) Attribué à Capuron par Siebold, *Essai d'une histoire de l'obstétricie*, traduction Hergott.

qu'on assume vis-à-vis d'un être humain en lui imposant une naissance prématurée : on doit avant d'interrompre une grossesse, lorsque la vie de la mère n'est pas exposée à un risque immédiat, être très pertinemment averti de la valeur physique et intellectuelle, actuelle et à venir, de la valeur sociale et familiale du produit ainsi obtenu (1) ».

Ouvert à propos de l'accouchement provoqué, le débat devait bientôt s'étendre à tous les prématurés. M. Pinard soutenait que rien ne rachetait une naissance avant terme et que le repos de la femme enceinte — la puériculture intra-utérine (2) — était la condition la plus urgente pour obtenir des enfants et plus tard des adultes vigoureux. D'autres maîtres, semblables en cela aux mères, s'attachaient d'autant plus à ces enfants débiles qu'ils avaient plus besoin de leurs soins. Pour leur éviter les troubles du refroidissement, Tarnier avait eu l'idée, en 1880, d'utiliser des appareils analogues à ceux qu'on emploie pour obtenir artificiellement l'éclosion des œufs de poules. Budin s'attachait à éviter des troubles digestifs par une alimentation bien réglée ; et peut-être parce qu'il avait ainsi sauvé la vie de beaucoup de ces enfants, il déclarait : « Restent-ils habituellement faibles, chétifs ? Je ne le pense pas, tout au moins quand ils n'ont pas de tare originelle (3). »

« Ces temps héroïques sont passés », écrivaient en octobre dernier MM. Wallich et Fruhinsholz dans leur rapport à la Société obstétricale de France *sur l'avenir éloigné du prématuré*. Jusqu'ici on a apporté pour et contre le prématuré « plus d'impressions que de faits ». C'est sur des documents qu'il convient de juger son avenir « en toute impartialité ».

Nous ne saurions mieux dire en présentant à notre tour

(1) Wallich et Frühinsholz, *loc. cit.*, p. 1.

(2) A. Pinard, Note pour servir à l'histoire de la Puériculture intra-utérine. Communication à *l'Académie de médecine*, le 26 novembre 1895. Thèse de Bachimont, Paris, 1898.

(3) P. Budin, *Le Nourrisson*, 1900, p. 122.

des documents recueillis sur ce sujet depuis plusieurs années par M. Bresset, médecin du dispensaire de la Caisse des Écoles du VII[e] arrondissement et par nous-même, sous son inspiration. C'est sur 100 observations de prématurés ayant dépassé la première année, dont 32 d'une durée de plus de 5 ans, certaines même de plus de 10 ans, que nous fonderons nos conclusions. Dans leur rapport, MM. Wallich et Fruhinsholz ont bien voulu mentionner à l'avance notre travail et l'esprit dans lequel nous l'avions conçu. Le sous-titre que porte ce travail est assez explicite. L'influence de la syphilis sur l'abréviation de la grossesse est connue depuis longtemps (Rosen de Rosenstein) (1). Les statistiques de M. Fournier et l'interprétation qu'il en a donnée dans ses leçons de l'hôpital Saint-Louis devaient conduire à faire la part de la syphilis héréditaire dans les troubles présentés par les prématurés. Mais tout en reconnaissant la nécessité de distinguer « le fruit vert du fruit véreux (2) » la plupart des observateurs, réduits aux seules ressources de la clinique pour dépister l'hérédité syphilitique dystrophique, concluaient qu' « il est fort difficile jusqu'ici de faire dans les dégénérescences observées chez les prématurés la part exacte qui peut revenir... à la syphilis (3) ».

L'acquisition récente de la méthode de séro-diagnostic de Wassermann a beaucoup simplifié cette question. Son application nous a permis, quant à nous, d'entrevoir plus nettement le rôle de la syphilis dans l'accouchement prématuré et dans l'avenir des prématurés.

Nous n'irons pas soutenir que les prématurés soient toujours ou même le plus souvent des hérédo-syphilitiques. Une telle affirmation, préjudiciable à tant de familles, serait contraire aux faits mêmes que nous apportons. Mais si la fré-

(1) *Traité des maladies des enfants.* Stockholm, 1764. — Traduction Lefebvre de Villebrune.

(2) Wallich et Frühinsholz, *loc. cit.*, p. 17.

(3) Id., p. 56. Thèse de Cramouzaud-Donnarieix. Paris, 1912.

quence avec laquelle nous avons constaté cette hérédité devait étonner, nous nous retrancherions derrière cette opinion de M. Queyrat, d'ailleurs conforme à celle exprimée souvent par M. Fournier. « Si l'on veut réfléchir que dans tous les milieux il y a environ 1 syphilitique sur 4, si l'on se rappelle d'autre part que la syphilis existe en Europe depuis 1493, qu'elle a régné sous forme d'épidémies, j'estime que celui-ci serait bien présomptueux qui oserait se vanter de ne pas avoir dans ses veines, ancestralement, plus ou moins de virus syphilitique (1). »

Nous ne prétendons pas non plus expliquer par la syphilis toutes les infériorités des prématurés. Nous essaierons de lui rendre ce qui lui appartient. La syphilis pouvant être écartée dans les autres cas, le procès des prématurés n'en sera que plus saisissant.

(1) Queyrat, *Bulletin médical*, 10 février 1912, p. 136.

CHAPITRE PREMIER

Le dossier des prématurés. Revue critique.

Il serait oiseux, quelques mois après la publication du rapport déjà cité de MM. Wallich et Fruhinsholz, de nous étendre sur les documents qui constituent actuellement le dossier des prématurés. Nous dirons seulement pour quelles raisons « l'impression qui se dégage de ces documents est assez vague (1) ».

Une première catégorie comprend les observations isolées de prématurés « rescapés » qui ont été signalées pour la rareté du fait, à commencer par celle de D'Outrepont en 1805 (rapportée par Ahlfeld (2), prématuré de 750 grammes qui avait atteint l'âge de 11 ans), pour finir par celle de M. Tissier dont nous avons parlé plus haut. Chaque accoucheur, pourrait-on dire, a observé un exemple de ce genre dans sa pratique personnelle (3). Nous-même avons eu l'occasion de voir dans le service de notre maître M. Dufour, à l'infirmerie de la Maternité, un prématuré pesant à 1 mois 1.650 grammes et qui, grâce à des soins minutieux échappa

(1) Wallich et Früninsholz, *loc. cit.*, p. 17.

(2) Ahlfeld, *Arch. f. Gyn.*, 1875, t. VIII.

(3) Bar, *Leçons de pathol. obstétricale*, 1er fasc. 1900. — Pinard, *in* thèse de Hahn. — Boissard, *Soc. d'obstétrique*, juin 1907. — Plauchu, Oui, Voron, Cordier cités par Wallich et Früninsholz dans leur rapport.

au sort habituel des débiles exposés à la contagion hospitalière ; revu à 17 mois il pesait 8.150 grammes. Ces cas exceptionnels ont l'intérêt d'un record, au même tire que le plus petit conscrit de France. Leur intérêt social est minime. La biographie de ces enfants est d'ailleurs assez courte et le biographe se borne à déclarer qu'à tel âge c'était un beau garçon ou une belle petite fille. Il s'agit parfois d'enfants de médecin (1) ; mais si les renseignements sont minutieux sur les premiers mois, si l'âge est noté auquel l'enfant a dit papa, dans la suite cet enfant n'a guère été pesé ou mesuré et il ne faut pas attendre d'un père une appréciation sévère sur l'état physique de son enfant.

Une seconde catégorie comprend les enquêtes entreprises par des cliniques d'accouchement sur le sort de leurs prématurés. Celles qui se bornent à suivre ces enfants jusqu'à ce qu'ils aient atteint le poids de 3.500 à 4.000 grammes, ne permettent pas de juger la question. Telle est par exemple, la statistique comparative dressée par Prinaris (2), sur les conseils de M. Plauchu (de Lyon). D'autres auteurs (3), allemands pour la plupart, ont enquêté par correspondance soit auprès de la mère, soit auprès de l'administration pour être fixés sur le sort des enfants nés d'un accouchement prématuré provoqué. L'inconvénient de ces enquêtes épistolaires est de ne renseigner que sur la mortalité et encore d'une façon très approximative, car dans ces statistiques la proportion des enfants non retrouvés atteint le quart et parfois la moitié. La plus importante de ces statistiques de mortalité est celle d'Ostr'cil (4), de Prague qui, à la différence de ses prédéces-

(1) Rapportés par Hahn, *loc. cit.*

(2) Prinaris, *De l'avenir immédiat des prématurés nés de mère saine et des prématurés nés de mère tuberculeuse.* Thèse de Lyon, 1911.

(3) Heymann (1899), Becker (1899), Ahlfeld (1901), Lorey (1904), cités par Wallich et Frühinsholz dans leur rapport.

(4) Ostr'cil, Uber die Vitalitat früh geborener kinder. *Monatschf. Geb. und Gyn.*, juillet 1905, t. XXII.

seurs, s'est renseigné sur le sort de tous les prématurés indistinctement nés à la clinique du professeur Rubeska pendant une période de dix ans. Sa statistique porte sur 1.542 enfants (poids maximum, 2.800) et comporte une mortalité de 52,7 p. 100 au cours de la première année et encore de 23,4 p. 100 pour les années suivantes.

La difficulté d'une semblable enquête nous fait craindre que de longtemps on ne puisse lui en supposer une autre de la même envergure. En somme, le principal défaut de ces enquêtes épistolaires est d'être muettes sur la qualité des survivants.

L'enquête à domicile entreprise par Budin et Perret (1) était plus précise. Ils essayèrent de retrouver, à leur adresse, les mères ayant accouché d'enfants débiles à la clinique Tarnier de 1898 à 1900 : ils échouèrent dans 51 p. 100 des cas, ce qui atténue singulièrement la valeur de la mortalité qu'ils constatèrent (23 p. 100). Pour les survivants, ils ne pouvaient songer, à les peser et à les mesurer au domicile de leurs parents. C'est donc sur une impression un peu vague que se fondait l'un de ces auteurs pour conclure : « Si on voit ces enfants au milieu des autres, il est souvent difficile de reconnaître en eux des prématurés. » Procédant de la même façon, sous l'inspiration du professeur Fabre (de Lyon). M. Guibert (2) a pu, en 1910, retrouver 40 enfants nés d'un accouchement provoqué (sur 159 cas) et apprendre le décès de 4 d'entre eux ; il a pu les peser et les mesurer on ne sait comment ni à quel âge précis ; il ne s'est guère embarrassé d'ailleurs de ces poids et mesures, souvent faibles, et c'est uniquement l'impression des mères qu'il traduit en déclarant ces enfants très bien développés, très intelligents, même trop, dit-il, dans un cas (p. 35).

(1) Budin et Perret, *Société obstétricale de France*, 13 avril, 1901.
Perret, *Pédiatrie pratique*, 15 juillet 1903.

(2) Guibert, *De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement provoqué dans les cas de bassins rétrécis*. Thèse de Lyon, 1910.

Les consultations de nourrissons étaient un milieu d'observation déjà plus favorable. Pourtant on pouvait moins encore faire état de la mortalité *connue*, l'immense majorité des mères qui perdent un enfant n'ayant cure d'en faire part au médecin de la consultation. En outre l'observation de nourrissons ne permet guère de juger leur avenir éloigné. C'est pourtant d'une enquête de ce genre (11 enfants observés au delà de 1 an sur 755 prématurés nés à la Charité pendant une période décennale) que M. Maygrier tirait en 1908 cette conclusion inattendue : « Les statistiques de Budin, les miennes démontrent que ces petits survivent dans la proportion de 90 p. 100 (1) ».

MM. Wallich et Fruhinsholz ont entrepris la revision du procès des prématurés se fondant cette fois sur la valeur des survivants, surtout lorsqu'ils sont devenus de grands enfants, faisant état de leurs poids et taille, se proposant même de les comparer à leurs frères et sœurs nés à terme. A cet effet, ils ont estimé « qu'il valait mieux recourir aux observations de clientèle où un même médecin peut suivre un prématuré à toutes les étapes de sa vie », et ils se sont adressés par referendum à leurs confrères. Ils ont réuni ainsi 55 observations inédites dont certaines très circonstanciées. L'avantage du referendum est de supprimer tout soupçon de parti pris, mais il comporte aussi des inconvénients. Les médecins militaires ont renoncé, depuis peu il est vrai, à apprécier par une formule, la *constitution* des recrues ; ils recourent maintenant à la bascule et à la toise ; de même, c'est sur des mesures qu'il faut juger les prématurés et non pas sur des notes comme « vigoureux », « délicat, » « lymphatique ». Mais ces mesures supposent pour être démonstratives un terme de comparaison, c'est-à-dire d'autres mesures prises sur d'autres enfants du même âge

(1) Maygrier, *Acad. de médecine*, 11 juin 1907. *Presse médicale*, 19 décembre 1908.

par les mêmes observateurs et dans les mêmes conditions — toutes choses qu'il est difficile d'attendre de si nombreux collaborateurs. Aussi dans la pratique, MM. Wallich et Fruhinsholz se sont-ils trouvés amenés à faire état surtout des « imperfections » signalées par leurs correspondants : retard dans la marche, pâleur anormale, rachitisme, hernies, incontinence d'urine, strabisme. Mais s'ils « exigeaient du prématuré dont on veut faire un argument qu'il soit né de parents sains (1), » leurs correspondants s'étaient-ils rappelé que « la syphilis la plus invraisemblable peut être vraie (2) », n'avaient-ils pas tout simplement cru qu'en l'absence d'accidents constatés ou d'aveux recueillis (1 seul cas rapporté par M. Fruhinsholz lui-même) ils pouvaient éliminer la syphilis alors qu'il y avait, croyons-nous, tant de bonnes raisons de la suspecter.

C'est donc sous bénéfice d'inventaire, quant au rôle de la syphilis, que nous accepterons cette conclusion importante de l'enquête de MM. Wallich et Fruhinsholz : « Il est des prématurés qui, devenus adultes, donnent toute satisfaction au point de vue de leur développement physique et intellectuel. Il en est d'autres atteints de dégénérescences diverses, qui paraissent surtout en rapport avec le degré de prématuration et la violence du traumatisme obstétrical subi à la naissance. »

Il reste enfin une dernière catégorie de documents, ceux qui par une enquête rétrospective établissent la proportion des prématurés dans les hôpitaux d'enfants ou dans les dispensaires et les mettent en parallèle avec les enfants nés à terme. A part quelques observations de M. Variot (3) et les commentaires parfois métaphysiques que leur a consacrés

(1) *Loc. cit.*, p. 18.

(2) Landouzy, *Leçons cliniques*, 1886, 6e leçon.

(3) Variot, *Société de Pédiatrie*, 17 décembre 1907. Caractères spéciaux de l'hypotrophie chez les prématurés.

M. Baudrand dans sa thèse (1), il n'existe de statistique de ce genre que celle de M. Cramouzaud-Donnarieix (2) inspirée par MM. Wallich et Fruhinsholz, et faite dans les services d'enfants de Bicêtre et dans le service de M. Broca à l'hôpital des Enfants-Malades. C'est assez dire que le but de cette enquête était d'établir le rôle étiologique de la naissance prématurée dans l'arriération mentale, l'idiotie et l'imbécillité, et dans les dystrophies que l'on observe dans les services de chirurgie. Elle est passible d'objections dont la plus grave est encore l'absence presque totale de renseignements concernant la syphilis. Or nous avons eu l'occasion d'établir son existence, comme on le verra plus loin, dans certaines observations de cette statistique.

D'autre part, il est souvent d'autant plus difficile de remonter avec précision aux circonstances de la naissance qu'il s'agit d'enfants plus âgés. Accepter à cet égard et sans contrôle les renseignements fournis par les parents serait s'exposer à des erreurs et ôter toute valeur à une statistique.

C'est pour éviter cet écueil que nous avons dû limiter notre statistique, qui procède de la même méthode aux cas où l'accouchement prématuré était établi par des documents tels que les registres d'une maternité ou encore par une observation remontant aux premières semaines de la vie. Nous ne doutons pas que nous ayons ainsi éliminé des enfants qui étaient sans doute des prématurés et ceci contribue à expliquer le nombre relativement restreint de nos observations.

Les conditions dans lesquelles nous avons pu les recueillir seront l'objet du chapitre suivant. Nous serions impardonnables si nous ne nous étions pas efforcés d'échapper aux défauts que nous venons de reprocher à nos prédécesseurs.

(1) Baudrand, *l'Accroissement, ses rapports avec l'hérédité, essai de théorie ontogénétique*. Thèse de Paris, 1911.

(2) Cramouzaud-Donnarieix. Thèse de Paris, 1912.

CHAPITRE II

Le milieu. Les conditions dans lesquelles ont été prises nos observations.

Nos observations proviennent toutes du Dispensaire de la Caisse des Écoles du VII[e] arrondissement, 1, rue Oudinot. Cette œuvre de bienfaisance, créée en 1887 par la généreuse initiative de M. Charles Risler, doit son organisation actuelle à M. le docteur Bresset qui la dirige depuis 1897. C'est cette continuité qui nous a permis d'utiliser des observations dont certaines s'étendent sur une période de 14 ans. Elles se rapprochent par là des observations de clientèle et il est vrai que, dans ces conditions, le médecin du dispensaire devient pour la classe laborieuse d'un quartier ce qu'est le médecin de la famille pour la classe aisée, ayant parfois à conseiller les jeunes mères qu'il a soignées quand elles étaient enfants. A cause de cette confiance, il échappe à cet écueil de n'observer que des enfants malades et peut suivre, à la fois avec régularité et indépendance, le développement des enfants qu'il a soignés une première fois et que les mères acceptent de lui ramener à intervalles déterminés. Ceci entraîne fatalement une sélection; les femmes véritablement indigentes n'ont guère le loisir de s'occuper du développement de leurs enfants dont beaucoup n'ont pas souhaité la naissance; en cas de maladie de ces enfants, l'hôpital les en

débarrasse. S'il s'agit de prématurés ils ont presque toujours le sort qu'observait Guéniot : « La pauvreté, la misère, l'inexpérience, trop souvent le mauvais vouloir sont les causes de cette issue fatale (1). » Par la force des choses, les enfants qu'il nous a été donné d'observer appartenaient, au contraire, pour la grande majorité du moins, à des « familles qui ont besoin d'aide lorsque la naissance d'un nouvel enfant vient détruire l'équilibre d'un petit budget (2) ». Et cela nous rapproche encore des conditions de la clientèle. Cette classe est la plus susceptible de profiter de l'aide matérielle et des conseils qu'on lui donne, encore que nous ne nous fassions pas trop d'illusions à cet égard. Peser toutes les huitaines ou toutes les quinzaines des enfants complètement déshabillés, les mesurer et les examiner est fort intéressant pour le médecin et n'est pas absolument inutile pour les enfants car ils ont été auparavant consciencieusement nettoyés par leurs mères. Quand il s'agit de nourrissons on obtient, à force d'exigences, l'application d'un programme minimum : allaitement maternel ou tout au moins allaitement mixte dans tous les cas où l'enfant n'est pas amené après disparition de la sécrétion lactée; quand il faut bien recourir à l'allaitement artificiel, usage de lait stérilisé et surtout réglementation des repas car, en cette matière, la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne; prohibition de tous autres aliments jusqu'à l'apparition des premières dents; diète dès que se manifestent des troubles digestifs.

Parmi ces nourrissons, les prématurés ne manquent pas, et puisqu'on peut obtenir pour un certain nombre qu'ils soient amenés à la consultation « de persévérance », il semble que rien ne soit plus facile que d'être renseigné sur leur

(1) Guéniot, Leçons in *Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 1170.

(2) Maumené, *Le Dispensaire de la Caisse des Écoles du VII^e arrondissement*. Thèse de Paris, 1906.

avenir; pour apprécier leur qualité il suffira de les comparer aux autres. Dans la pratique, les choses ne sont pas aussi simples...

« A l'heure actuelle, disait il y a quatre ans déjà M. Pinard (1), il est de mode, je dirai plus, il est de bon ton dans les salons de parler de Puériculture. Tout le monde en fait ou veut en faire, beaucoup hélas sans bien savoir ce que c'est. » Aujourd'hui, si la Puériculture n'est pas encore une institution, elle a déjà son Institut, et le pèse-bébé est devenu d'un usage courant. Sans doute voit-on des mères et surtout des pères se tourmenter inutilement parce qu'ils n'ont pas constaté chez leur enfant « l'accroissement quotidien de 30 grammes », formule des plus contestables qu'indiquèrent un jour MM. Blache et Odier (2) et qui eut malheureusement la fortune d'entrer dans le domaine public. Une courbe d'accroissement, par contre, présente une valeur d'autant plus réelle qu'elle porte sur une période plus longue; mais « ses résultats demandent à être bien interprétés (3) »; l'examen médical de l'enfant déshabillé reste le point essentiel lorsqu'il s'agit de faire la part de la physiologie alimentaire et de l'état pathologique, acquis ou héréditaire, de cet enfant.

Pratiquement c'est la syphilis qui constitue le facteur héréditaire le plus important et sa recherche avant l'application de la réaction de Wassermann était pleine de difficultés (4); les investigations en ce sens sont prises par les familles en très mauvaise part; au dispensaire la difficulté s'accroît encore de ce fait qu'on n'y connaît que la mère qui le plus souvent ignore les antécédents de son mari. Qu'une ques-

(1) A. Pinard, Conférence faite à Lyon le 2 février 1908 et publiée dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pœdiatrie*, juillet 1908.

(2) René Blache et Louis Odier, Quelques considérations sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et les moyens d'y remédier. Mémoire à *l'Académie de médecine*, 1867.

(2) A. Pinard, *La Puériculture du premier âge*, p. 147.

(3) L. Bax, *Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants*. Thèse de Paris, 1908.

tion du médecin éveille ses soupçons, et voilà une querelle de ménage allumée et l'autorité paternelle qui va s'exercer pour empêcher que l'enfant soit ramené au Dispensaire ! Aussi basant son diagnostic sur les avortements de la mère, sur les lésions spécifiques observées chez les enfants et sur les stigmates et dystrophies propres ou non à la syphilis héréditaire, M. Bax ne pouvait, en 1908, affirmer la syphilis que chez 1 p. 100 des enfants du même Dispensaire. La pratique de la réaction de Wassermann nous a fourni, nous le verrons, une moisson autrement abondante.

Le rôle de la tuberculose dans la morbidité et la mortalité infantiles semble aujourd'hui prépondérant. C'est parce qu'elle est souvent d'un diagnostic difficile que l'on a pu croire à sa rareté. Il y a 25 ans, M. Landouzy apportait des idées nouvelles en affirmant la fréquence de la tuberculose du premier âge, en démontrant avec M. Queyrat la nature tuberculeuse de beaucoup de bronchites et de broncho-pneumonies de l'enfant, en soutenant même que « les broncho-pneumonies des bébés rubéoliques sont l'œuvre de la bacillose et non l'œuvre de la rougeole (1) ».

La tuberculose est-elle en progression ? Les investigations cliniques et anatomiques se sont-elles perfectionnées ? Ces idées sur la fréquence de la tuberculose infantile sont aujourd'hui admises par tous. « Sur 1.197 autopsies, dit en 1906 M. Comby (2), je compte une proportion de tuberculeux de 38,5 p. 100 dont 16 p. 100 entre 3 et 6 mois, 26 p. 100 entre 6 et 12 mois, 43,9 p. 100 entre 1 et 2 ans et plus de 67 p. 100 de 2 à 10 ans. » Cette léthalité tuberculeuse se vérifie approximativement au Dispensaire, en l'absence de toute autopsie. Dans un des casiers du gros meuble de chêne qui renferme tous les dossiers sanitaires des enfants présentés, ne fût-ce qu'une seule fois, au Dispensaire, sont

(1) Landouzy, *Revue de médecine*, 1887 et 1888, p. 277. Communication au *Congrès de la tuberculose*, Paris, juin 1888. Queyrat, Thèse de Paris, 1886.

(2) Comby, *Presse médicale*, 24 novembre 1906.

rangées les fiches de ceux dont on a pu apprendre le décès; la tuberculose y revient comme une litanie.

Il semblerait pourtant, en examinant les enfants qui se présentent à la consultation, que la tuberculose soit rare : c'est que dans la grande majorité des cas elle doit être dépistée. Si l'on peut observer de façon régulière, pendant des années, les mêmes enfants, tenir compte des accidents broncho-pulmonaires répétés, de leur influence sur la croissance, on est presque tenté de voir la tuberculose partout : chez un nourrisson une quinte de toux a fait penser à plusieurs reprises à la coqueluche, chez un autre la constatation d'un gros souffle du sommet avec un état fébrile a fait croire à une pneumonie, le temps passe, l'enfant s'amaigrit, la température avoisine toujours 38°; le diagnostic est aisé; chez tel enfant plus grand, adénoïdien, enroué, on est surpris de constater qu'à six mois d'intervalle le poids n'a pas varié; à l'examen, une inégalité pupillaire révèle la tuberculose ganglionnaire latente. Chez telle autre fillette, au dos et aux bras velus (1), la taille et le poids sont d'un enfant de trois ans plus jeune; l'examen ne révèle aucune lésion et le passé morbide est quelconque; mais un examen rapide de la mère montre qu'elle est tuberculeuse. Une autre fillette présente à son tour un arrêt de croissance que rien n'explique. Ici les antécédents familiaux sont muets, mais on apprend que ces deux fillettes habitent la même maison et que leurs familles se fréquentent; attendons-nous à ce qu'un jour l'infection bacillaire se démasque.

Pour faire la part de la tuberculose et pour ne pas la faire trop grande un critérium serait nécessaire, M. Grancher avait cru le trouver dans l'étude exclusive des anomalies de l'inspiration qui, selon lui, reportait le diagnostic à la germination des premiers tubercules. La discussion soulevée

(1) M. Queyrat nous a enseigné la valeur de ce signe que nous avons retrouvé bien des fois.

à la Société Médicale des Hôpitaux en 1909, par M. Bezançon, a montré que, pour la plupart des cliniciens, ces prétendus signes de début s'appliquaient beaucoup plus exactement aux lésions abortives, souvent déjà anciennes. Étant donnée la fréquence de l'infection tuberculeuse éteinte, on risquerait en se fondant sur ces signes de tout mettre sur le compte de la tuberculose.

Le même reproche s'adresse exactement au tuberculinodiagnostic qui, parfois négatif chez des nourrissons tuberculeux comme l'ont signalé MM. Dufour (1), Barbier, Paisseau et Tixier, ne permet pas d'affirmer chez des enfants plus grands l'existence d'une tuberculose en évolution (2).

Peut-on attendre davantage de l'examen radiologique ? Depuis les premières recherches de M. Béclère (3) les progrès techniques réalisés, qui permettent d'obtenir des radiographies de thorax en apnée, des images de structure pulmonaires semblables à celles des os, peuvent mettre en lumière une tuberculose pulmonaire méconnue, en pleine évolution. Mais ailleurs la question reste aussi délicate « d'indiquer l'âge et l'état évolutif des altérations reconnues tuberculeuses », comme il ressort de l'étude récente de Gauducheau (4). Pourtant, dit-il « nous opposons les petits foyers inégalement distribués et rares des tuberculoses anciennes au semis régulier des foyers innombrables de la granulie... Pour le diagnostic de la granulie, la radiographie peut beaucoup, c'est même là qu'elle triomphe ».

(1) Dufour, *Soc. médicale des Hôp.*, 30 avril 1909. — Barbier, *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, avril 1911. — Hutinel et Tixier, la Tuberculose latente des nourrissons. *Revue de la tuberculose*, avril 1912.

(2) Jacques (*l'Adénopathie trachéo-bronchique*, thèse de Lyon 1905), relate que les médecins de la garde royale prussienne, jaloux de ne laisser entrer dans ce corps d'élite que des hommes exempts de toute tuberculose, soumirent les candidats à la tuberculine de Koch. Mais le nombre de ceux qui réagissaient fut tel qu'ils s'empressèrent de renoncer à ce moyen de sélection.

(3) Béclère, *Société médicale des Hôpitaux*, 5 juin 1903.

(4) Gauducheau, *l'Exploration radiologique du thorax et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire*. Thèse de Paris, 1912, p. 93.

Il ne nous a pas été donné de confirmer au moyen de l'exploration radiologique le diagnostic de tuberculose que nous portions dans certaines de nos observations et qui nous faisait également éliminer certains sujets que nous voulions mettre en parallèle avec les prématurés. Cette exploration n'était pas réalisable au Dispensaire.

Après avoir montré l'intérêt et la difficulté à la fois de connaître les antécédents morbides d'un enfant, même observé régulièrement depuis sa naissance, il nous faut insister sur la difficulté que comporte encore l'appréciation de son état de santé et — pour parler comme les éleveurs — de sa *beauté*. Sans doute un maquignon ne se met pas en peine pour caractériser « ses beaux sujets » : son coup d'œil lui suffit. Sans doute, en est-il de même pour le médecin habitué à voir déshabillés un grand nombre d'enfants. Mais il est plus difficile de traduire scientifiquement — de prouver — cette impression. D'ailleurs, M. Pagès, vétérinaire sanitaire de Paris, dans un livre original qui s'adresse, dit-il, « aux savants spécialisés dans d'autres études », avoue (1) : « Nous avons rarement trouvé un praticien connaissant bien et pouvant montrer à d'autres les beautés des jeunes animaux. C'est que ces beautés sont très difficiles à saisir et qu'elles varient avec les diverses phases de la croissance. Il serait pourtant très utile de prévoir par l'examen extérieur d'un individu jeune ce qu'il sera un jour.

« Chez l'homme et chez les animaux, dit-il plus loin, il existe des caractères extérieurs qui annoncent la faculté d'utiliser très avantageusement une alimentation grossière et de résister aux intempéries : ce sont les beautés de la rusticité. D'autres indiquent l'aptitude à tirer un grand profit d'une bonne alimentation, nous les appellerons beautés du nourrissement... Quand les nourrices montrent un enfant

(1) C. Pagès, vétérinaire sanitaire de Paris, docteur en médecine et docteur ès-sciences, *les Méthodes pratiques en Zootechnie*, p. 98.

dont elles sont fières, elles n'appellent pas l'attention précisément du côté de la face; elles retournent l'enfant sur leurs genoux et montrent le râble qui, lui, ne trompe pas. D'autres caractères enfin traduisent l'ardeur au travail et au combat, que le public appelle le sang quand elle est modérée, le feu quand elle est extrême : nous les désignerons sous le nom de beautés du sang... C'est pour avoir négligé ces distinctions fondamentales que l'on n'a pas saisi le sens de l'évolution physique chez l'homme, les uns disent qu'il dégénère, les autres qu'il se perfectionne. » Cela explique aussi les variations de notre esthétique depuis le type de Rubens jusqu'à celui d'El Greco.

Mensurations. — L'anthropométrie peut, dans une certaine mesure, caractériser d'une façon moins contestable qu'une impression d'éleveur ou d'artiste, l'état physique d'un enfant. Il y a trois ans, M. Balthazard (1) tentait une étude anthropologique de 237 enfants régulièrement surveillés au même Dispensaire depuis le premier âge. L'allaitement de ces enfants et leur croissance pendant cette période avaient fait six ans auparavant l'objet de la thèse de M. Carel (2). Ni les moyennes qu'il tenta de dégager de mensurations prises « sans distinction ni sélection (3) », ni la comparaison de ces mensurations avec les tables classiques, ni les calculs de divers coefficients dont l'énoncé évoque toujours celui de « l'âge du capitaine » ne lui donnèrent de résultats satisfaisants. Le même embarras explique sans doute que les auteurs qui ont mesuré des enfants prématurés se gardent de commenter leurs mensurations. A quel terme de comparaison pouvaient-ils se référer ?

Il existe peu de documents anthropométriques sur l'ac-

(1) L. Balthazard, *Essai sur la Puériculture de la seconde enfance dans la classe ouvrière de Paris*. Thèse de Paris 1909.

(2) Carel, *le Lait stérilisé*. Thèse de Paris, 1903.

(3) Topinard, *Anthropologie générale*, p. 258.

croissement de l'enfant. Buffon le premier donna dans son *Histoire naturelle de l'homme* les dimensions successives du fils d'un de ses amis. Quetelet, au milieu du siècle dernier, établit des moyennes sur des groupes de dix individus de chaque âge et de chaque sexe « en les prenant en général, dit-il, d'une forme qu'on pouvait regarder comme régulière (1) ». Ces moyennes, d'où il dégagea des lois comme celle-ci : « l'enfant, vers l'âge de trois ans, atteint la moitié de la hauteur à laquelle il doit parvenir un jour », peuvent satisfaire un artiste mais non un médecin.

Sous l'inspiration de M. Variot, M. Chaumet (2) a pesé et mesuré 4.400 enfants des écoles de Paris en éliminant, dit-il, les rachitiques et ceux qui étaient atteints de maladies chroniques. Il peut paraître surprenant qu'à ce compte il ait retenu tant de sujets. Mais surtout il a pesé ces enfants habillés, les a mesurés debout et ses moyennes réunissent des enfants échelonnés par âge entre deux années consécutives. La loi des grands nombres, il est vrai, peut corriger des imperfections dans la pratique, mais non dans la méthode elle-même. Nous verrons que ses résultats diffèrent sensiblement de ceux que nous avons trouvés nous-mêmes.

Entre ces deux systèmes de mensurer au hasard ou de mensurer des sujets pris arbitrairement pour types, nous avons adopté un moyen terme; n'étions-nous pas obligés tout d'abord d'éliminer les prématurés des moyennes auxquelles nous voulions les comparer ? Nous avons également éliminé de ces moyennes les enfants atteints de syphilis ou de tuberculose quand ces maladies étaient manifestes. En effet, lorsque nous constatons l'une ou l'autre chez un prématuré, ce n'est plus la naissance prématurée que nous rendons responsable de son infériorité physique. Pour dimi-

(1) Quételet, *Anthropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme*. Bruxelles, 1870, p. 24.

(2) Chaumet, *Recherches sur la croissance des enfants des écoles de Paris*. Thèse de Paris, 1906.

nuer nos chances d'erreur, nous n'avons mesuré, à quelque âge que ce soit, que des enfants qui avaient été amenés au Dispensaire dans leur première enfance et régulièrement suivis.

Les moyennes que nous avons obtenues au prix de cette sélection — sélection de médecin et non plus d'artiste — ne prétendent pas représenter les proportions moyennes des enfants de Paris, mais, approximativement, celles des enfants exempts de tares qui fréquentent le Dispensaire. Il nous a paru surtout avantageux que l'élément comparé et l'élément de comparaison fussent recrutés dans le même milieu social, mesurés dans les mêmes conditions, aux mêmes heures de la journée et par les mêmes observateurs. Ces moyennes sont en somme les moins mauvaises que nous ayons pu utiliser.

Nous nous sommes imposé de ne retenir que des mensurations faites lorsque l'enfant entrait dans une nouvelle année ou demi-année de son âge. Il va de soi que nous avons admis à cet égard une tolérance de quelques jours ; mais elle n'a jamais atteint un mois. Beaucoup de mères de famille ont pris l'habitude, depuis les mensurations de M. Balthazard, d'amener spontanément leur enfant au Dispensaire le jour où il compte une année de plus. Nous avons pu ainsi utiliser des mensurations en série sur de mêmes enfants. L'idéal serait évidemment de suivre aux différents âges une seule série d'enfants. Nos moyennes représentent 282 mensurations prises sur 114 enfants différents.

Ces mensurations s'échelonnent sur dix années, de 1 à 11 ans révolus; passé cet âge, les enfants qui sont encore amenés au Dispensaire après y avoir été observés dans leur première enfance, sont trop peu nombreux pour que nous ayons pu utiliser actuellement leurs mensurations.

Nous avons également distingué les mensurations des garçons de celles des filles, à l'exemple de tous les anthro-

pologistes. Il ne faut pas s'étonner qu'après ces subdivisions il ne nous soit resté dans chaque groupe que de 5 à 15 mensurations et parfois moins encore. Malgré ce petit nombre qui rendait toute erreur plus sensible, la continuité des moyennes que nous avons obtenues pour chaque âge nous a permis — comme à Quetelet (1) — de juger du degré de confiance qu'elles pouvaient nous inspirer. Ces moyennes sont représentées par un graphique, p. 150.

En procédant comme nous l'avons fait, l'erreur pouvait tenir au choix des sujets que nous mensurions, c'était la plus grave; elle pouvait tenir aussi à la mensuration elle-même. Prendre un poids, une taille, un périmètre thoracique est chose plus délicate qu'on ne serait tenté de le croire. Quant aux mensurations de détail, qui s'exprimeront en millimètres, elles sont chez l'enfant d'une véritable difficulté.

Pour cette raison, la technique qu'a adoptée après une longue expérience M. Bresset ne comporte que le poids, la taille, le périmètre et le diamètre transversal du thorax. La pesée est faite par le médecin sur une bascule, l'enfant étant déshabillé et ne gardant que sa chemise. La taille est mesurée, l'enfant étant couché, au moyen d'une toise graduée, munie d'une équerre fixée à son extrémité inférieure et d'une glissière qui se déplace également à angle droit le long de la tige. Cette toise est placée parallèlement au corps de l'enfant et pendant que l'aide cherche à obtenir le contact parfait de la pédale aux talons, l'opérateur abaisse la glissière jusqu'au vertex. Une simple lecture indique la taille de l'enfant couché. Les essais de M. Balthazard (2) lui ont montré que cette taille dépassait toujours la taille debout de *deux centimètres* en moyenne.

Pour les mensurations du thorax l'enfant est assis au bord de la table d'examen, les jambes pendant librement. On

(1) *Loc. cit.*, p. 24.

(2) Balthazard, Thèse citée, à laquelle nous empruntons cette description.

tâche d'obtenir qu'il tienne son buste droit, et regarde directement en face, les bras tombant naturellement le long du tronc et les mains appuyées sur les cuisses. L'opérateur en arrière de l'enfant passe autour de la poitrine un ruban métrique qu'un aide place de façon à ce que son bord supérieur soit tangentiel aux mamelons.

La circonférence doit correspondre en arrière à la 7e vertèbre dorsale. La lecture est faite à la fin d'une expiration et avant l'inspiration suivante. Cette façon de mesurer le périmètre thoracique, à l'anglaise, n'est pas plus que les autres exempte d'inconvénients. Les mamelons sont loin d'être un repère fixe et leur déplacement chez un même individu, au cours de la croissance, explique certains faits paradoxaux.

Enfin on prend à l'aide du grand compas d'épaisseur à branches recourbées la distance qui sépare deux points axillaires situés à l'intersection du périmètre précédent avec le bord du grand dorsal. C'est un diamètre transversal du thorax qui, nous l'avons constaté, correspond habituellement au diamètre transversal maximum. La patience qu'exigent ces mensurations thoraciques de la part de l'opérateur et surtout de l'opéré a des limites. Aussi malgré leur puissant intérêt, puisqu'elles portent sur « la place d'armes », nous nous en sommes tenu là.

CHAPITRE III

Nos renseignements sur les naissances prématurées et sur leurs causes.

Une enquête sur des prématurés doit établir avant tout que les enfants mis en cause sont bien des prématurés. L'application de cette proposition presque naïve est parfois singulièrement ardue. Dans les maternités mêmes, où les renseignements ne manquent pas, la question n'est pas toujours résolue et la mention « peut-être à terme » figure assez souvent sur les registres d'accouchement. On peut à peine fixer le début d'une grossesse si le rapport fécondant a été unique, condition rarement réalisée dans nos observations (obs. 127). La date des dernières règles est d'autant plus difficile à connaître exactement que ce détail est plus rétrospectif, et quel crédit accorder à un usage qui a si souvent conduit à des erreurs d'un mois la mère et l'accoucheur. A compter 10 jours après la cessation des règles, tel enfant (Ferry Baudelocque, 1909, nº 750) serait né au 241e jour de la grossesse pesant 3.100 grammes, telle autre (Lesueur-Baudelocque 1908, nº 425) serait née au 278e jour, pesant seulement 2.400 grammes. A l'exemple de MM. Wallich et Fruhinsholz nous n'avons pas tenu compte du premier parmi les prématurés au lieu que nous avons retenu la seconde.

Nous n'ignorons pas que des enfants chétifs et d'un poids

très inférieur à 3.000 grammes sont parfois nés à terme, fait sur lequel ont insisté Parrot (1), Guéniot (2) et M. Pinard. Ces enfants, nés ordinairement de mères albuminuriques ont pâti, au cours de leur vie intra-utérine, des troubles de la circulation placentaire. Ils naissent, dit Guéniot, « affamés comme des convalescents » et reprennent vite le poids normal de leur âge.

Dans la pratique, nous avons dû adopter un critérium basé sur le poids et la limite de 3.000 grammes, adoptée également par nos prédécesseurs.

Cet embarras se compliquait pour nous de la difficulté de connaître le poids de naissance lui-même. Nous avons pu nous référer dans un grand nombre de cas aux registres des maternités où avait eu lieu l'accouchement. Parfois, l'observation étant déjà ancienne, il nous fallait découvrir ce registre dans le nouveau service où l'avait emporté l'accoucheur. Parfois les feuilles n'en étaient pas reliées et la seule qui manquât était précisément celle qui nous intéressait. Parfois une modification survenue dans l'état civil de l'enfant rendait notre recherche stérile.

Nous avons relevé ainsi les poids de naissance avec les plus grandes garanties d'exactitude. Il ne pouvait malheureusement en être de même quand, l'enfant étant né à domicile ou chez une sage-femme, aucun document n'attestait de ce poids. Les renseignements fournis par les mères sont souvent très fantaisistes.

Force nous a donc été de ne retenir que les enfants qui avaient été amenés assez tôt au Dispensaire pour n'avoir pas regagné encore le poids normal de 3.000 grammes. S'il s'agissait d'un nourrisson malade, atteint de troubles digestifs ou inanitié nous l'éliminions encore parce qu'il avait sans doute notablement perdu de son poids de naissance.

(1) Parrot, Leçon de l'hôpital des Enfants-Assistés, in *Gazette des Hôp.*, 26 décembre 1878

(2) Guéniot, *loc. cit.*

Les rares exceptions que nous avons consenties à cette règle étaient motivées par les détails circonstanciés que fournissait la mère (obs. 61).

Il résulte de toutes ces éliminations que le nombre des enfants que nous considérons comme prématurés est certainement inférieur à la réalité. De longues observations n'ont pu être utilisées faute de cette garantie. Nous n'oserions affirmer pourtant qu'aucune erreur ne nous a échappé à cet égard.

De l'avorton à l'enfant à terme, nous l'avons dit, les échelons sont nombreux et il est nécessaire d'établir un classement. Avec Budin, avec MM. Maygrier, Wallich et Fruhinsholz, nous avons adopté une sériation d'après le poids, chaque classe progressant de 500 en 500 grammes. Quand le poids de naissance nous était inconnu, nous avons rangé le prématuré dans la classe correspondante au poids que nous lui trouvions lors de la première consultation. Nous n'avons agi ainsi que faute de pouvoir mieux faire car nous nous exposions souvent à ranger l'enfant dans une classe supérieure à la sienne.

Une classe inférieure à 1.500 grammes eût été inoccupée et cela indique suffisamment quel est, à brève échéance, l'avenir de cette sorte de prématurés. Notre première classe comprend donc les enfants de 1.500 à 2.000 grammes.

	ENFANTS SUIVIS AU DELA D'UN AN	DISPARUS AVANT UN AN
De 1.500 à 2.000 gr.	A (n° 4)	A′ (n° 2)
De 2.000 à 2.500 gr.	B (n° 23)	B′ (n° 30)
De 2.500 à 3.000 gr.	C (n° 61)	C′ (n° 54)

Enfin nous avons fait une classe spéciale pour les jumeaux qui placés dans des conditions spéciales à bien des égards sont, à égalité d'âge de la grossesse, d'un poids inférieur à des enfants issus de grossesse simple.

Jumeaux	D (n° 13)	D′ (n° 18).

Une autre distinction a été pour nous l'origine de ce travail. La cause qui a entraîné l'accouchement prématuré n'est pas toujours indifférente à l'avenir du prématuré. Nous avons donc tâché de la connaître.

Nous n'avons observé que deux enfants, deux frères, nés d'un accouchement provoqué. Cette double observation démontre bien la complexité du problème. La mère de ces enfants, petite femme rachitique, a eu 9 grossesses dont la première remonte à 1895; elle se termine par l'expulsion chez une sage femme d'un enfant, à terme, semble-t-il, qui serait mort pendant le travail. Une seconde grossesse se termine spontanément par un accouchement prématuré : l'enfant est vivant (obs. 38). L'accoucheur qui voit cette femme lors de sa troisième grossesse, et à qui le bassin paraît rétréci, croit interpréter cet avertissement de la nature : il provoque prématurément l'accouchement; l'enfant est vivante (obs. 39). Nous avons pu la mensurer à 13 ans. Deux ans plus tard, une nouvelle grossesse se termine cette fois par un accouchement prématuré spontané ; l'enfant est assez débile pour être placée en couveuse, nous l'avons vue également à 11 ans (obs. 40). Un autre accoucheur, raisonnant comme le précédent, interrompt la cinquième grossesse ; il obtient un prématuré de 3.080 grammes que nous avons vu aussi à 8 ans et demi (obs. 41). Lors de la 6e grossesse, on avait, nous dit la mère, décidé de provoquer encore l'accouchement lorsque le matin même elle entre en travail prématurément et accouche d'un enfant de 2.930 grammes que nous avons examiné à 6 ans (obs. 42). Enceinte pour la septième fois cette femme retourne dans la même clinique d'accouchement, l'accoucheur qu'elle y trouve — en septembre 1907 — est d'une autre école ; il temporise et il a la chance de mener la grossesse à terme et d'obtenir un enfant vivant de 3.350 grammes. Cet enfant est malheureusement mort à 3 ans et nous ne pourrons guère le comparer aux autres. Une 9e grossesse en 1911 s'est terminée par un nou-

vel accouchement prématuré spontané (obs. 187), et il s'agit en somme d'un cas d'accouchements prématurés habituels qu'explique sans doute une malformation utérine, car deux de ces enfants se sont présentés par l'épaule. Deux accoucheurs ont adopté à son égard une conduite différente et le second a eu le beau rôle. Mais ni l'un ni l'autre n'avaient prévu ce qu'il nous a été donné de constater : chez trois de ces enfants nous avons pu pratiquer la réaction de Wassermann ; les trois fois elle était positive et nous avons pris soin de faire contrôler ce résultat. S'il va de pair avec l'état dystrophique de ces enfants, nous ne serions pas autrement surpris que la mère, petite et strabique elle-même, ait hérité de sa syphilis et qu'elle lui doive sa malformation utérine.

Nous ne pouvions guère rechercher certaines causes d'accouchement prématuré plus spécialement obstétricales comme l'insertion basse du placenta sur laquelle insiste M. Pinard dans son enseignement, comme les maladies de la caduque. Il doit arriver fréquemment d'ailleurs qu'elles s'ajoutent à des causes d'ordre général.

Nous sommes persuadés de même que le surmenage au cours de la grossesse, le traumatisme que provoquent la machine à coudre pendant la journée et le mari pendant la nuit, jouent un rôle plus ou moins évident dans tous les accouchements prématurés. Manifeste dans certains cas (obs. 3, 22, 59, 64, 67, 70, 138, 180), il était plus difficile à établir dans les autres ; mais là encore le témoignage rétrospectif des mères ne méritait qu'une créance relative.

Le saturnisme était pour la même raison la seule intoxication que nous pouvions prendre en considération parce que professionnelle ; elle figure dans quelques-unes de nos observations (obs. 66, 81, 87, 92, 111) et dans un cas, le seul auquel nous attachions une réelle importance, c'est la mère qui travaillait à la composition d'imprimerie.

L'albuminurie, souvent méconnue au cours de la gros-

sesse, ne figure que sur certaines de nos observations de maternité (obs. 5, 30, 93, 112, 129, 147).

Ces diverses causes d'ordre local ou général n'excluent pas les grands facteurs infectieux sur lesquels nous allons insister davantage, car on conçoit que par leur nature même ils doivent avoir sur l'avenir du prématuré une toute autre influence.

La tuberculose de l'un des générateurs était manifeste dans 7 accouchements prématurés dont, fait remarquable, 3 accouchements gémellaires. Dans 2 cas il s'agissait du père (obs. 26, 94 et 95) ; dans les autres (obs. 48, 54, 160, 194 et 195, 197 et 198) de la mère. Il s'agissait ordinairement de tuberculose avancée, la seule que nous ayons pu connaître. Si la proportion n'en est pas plus grande, c'est que, croyons-nous, la plupart de ces tuberculeuses cavitaires meurent tôt après leur accouchement et que leur nourrisson, qu'elles ont eu le temps d'infecter, ne leur survit guère. Quant aux formes plus bénignes, dont la fréquence chez l'un ou l'autre des générateurs doit être considérable, nous n'oserions dire qu'elles n'ont aucune influence sur l'accouchement prématuré. Mais nous ne pouvions en tenir compte.

La recherche de la syphilis nous a retenus davantage.

« L'hérédité syphilitique, dit M. Fournier (1), est une véritable pomme de discorde jetée dans le camp des observateurs ; il est peu de questions aussi controversées ». Instruit par les nombreuses observations de ménages syphilitiques qu'il avait collectionnées, M. Fournier avait insisté sur la fréquence de l'accouchement prématuré d'origine syphilitique, en des leçons qui datent de plus de vingt ans et dont la clairvoyance se vérifie aujourd'hui.

« J'ai dépouillé, disait-il, les observations de 500 ménages

(1) Fournier, *Leçons de l'hôpital Saint-Louis*, 1889. *Bulletin médical*, 1889, p. 691 et *passim*.

entachés de syphilis ; de ces 500 ménages sont issues 1.127 grossesses terminées comme suit :

Enfants sains.	600
Avortements	230
Enfants débiles, morts peu après naissance. .	245
Enfants syphilitiques ayant survécu. . . .	38
Dégénérés, hydrocéphales, arriérés, idiots. .	14

Il insistait sur les « bizarreries » de l'hérédité qui est « clémente pour les uns, clémente jusqu'à les épargner totalement, tandis qu'elle est malfaisante, voire pernicieuse pour les autres » ; sur le contraste entre la bénignité de certaines syphilis et l'intensité de leur pouvoir de transmission, qui explique que les parents ignorent souvent de bonne foi de quel « levain » ils sont dépositaires.

Parrot (1), de son côté, avait consacré une leçon à « l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire » et défendait cette opinion que l'expulsion avait lieu « surtout vers le septième ou le huitième mois ». Les discussions qu'il soutint ensuite sur l'étiologie du rachitisme montrèrent quelle idée il se faisait de la fréquence de l'hérédité syphilitique méconnue.

Important pour les syphiligraphes, pour les pédiatres, le rôle de la syphilis dans l'accouchement prématuré tient moins de place dans les statistiques des Maternités. Celle de M. Vallais (2) porte sur 1.000 accouchements ; la proportion des accouchements prématurés causés par la syphilis est de 3,3 p. 100. Celle de M. Séropian (3) porte sur 5.000 accouchements ; les accouchements prématurés causés par la syphilis ne comptent que pour 2,4 p. 100 ; mais il est juste

(1) Parrot, Leçons de l'hôpital des Enfants-Assistés. *Gazette des Hôpitaux*, 14 juin 1887.

(2) Vallais, Thèse de Paris, 1894.

(3) Séropian, Thèse de Paris, 1907.

de dire que sur ces 5.000 accouchées la proportion des syphilitiques reconnues n'est que de 3,2 p. 100 et encore dans près de la moitié des cas, il s'agit de femmes ayant expulsé des macérés. C'est parce que le diagnostic n'est porté qu'en cas de lésions syphilitiques évidentes que cette proportion est si faible d'une part et que d'autre part M. Bridier (1) a pu décrire comme symptôme révélateur « le défaut de parallélisme entre le poids du placenta et celui du fœtus ». Le gros placenta va souvent de pair avec l'ascite et le pemphigus du fœtus, et c'est malheureusement un symptôme souvent défaillant quand la syphilis héréditaire latente aurait le plus besoin d'être dépistée. La statistique de M. Bridier, qui n'admet qu'une proportion de syphilitiques de 3,1 p. 100, a dû méconnaître beaucoup de ces syphilis latentes, et il était impossible qu'il en fût autrement dans une Maternité où les enfants échappent à l'observation dès qu'ils ont dix jours.

Les services de débiles, les consultations de nourrissons en permettant des observations plus longues devaient apprendre aux accoucheurs la fréquence de ces syphilis latentes. Le plus beau cas en a été rapporté par M. Boissard (2) : un enfant est extrait par *accouchement prématuré artificiel* combiné à la symphyséotomie ; il pèse 2.395 grammes et ne présente aucune manifestation syphilitique. Mis en couveuse, il augmente régulièrement le premier mois, puis brusquement diminue et meurt. A l'autopsie, M. Legry trouve une hépatite gommeuse interstitielle. Depuis, M. Boissard a observé souvent, à la consultation de nourrissons de Tenon, des prématurés chez qui l'épreuve du traitement sur la courbe d'accroissement lui permettait de porter le diagnostic de syphilis qu'il appelle — peut-être à tort — « diluée » et les travaux se sont multipliés sur ce sujet (3).

(1) Bridier, Thèse de Paris, 1893.

(2) Boissard, *Journal des praticiens*, 29 janvier 1898.

(3) Boissard, *Presse médicale*, 20 février 1904. — Boissard et Devé, *Société*

Mais l'épreuve du traitement, en matière de dystrophie hérédo-syphilitique, est loin d'avoir la valeur d'une pierre de touche (1).

Cette pierre de touche existe aujourd'hui, elle permet de remanier l'histoire de l'hérédité syphilitique et de dissiper certaines de ses obscurités.

La réaction de Wassermann.

En 1906, Wassermann, Neisser et Bruck (2), à Berlin, appliquèrent la méthode de fixation du complément, caractérisée par un empêchement de l'hémolyse, à la recherche des antigènes et des anticorps chez des singes syphilisés expérimentalement. Peu de temps après, Detre (3), à Vienne, trouvait également des anticorps dans le sérum des singes infectés et dans celui des syphilitiques. Puis, après Wassermann et Plaut, MM. A. Marie et Levaditi (4), en France, appliquaient cette méthode à l'étude des anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Qui aurait pu prévoir, lors de leur communication, l'importance pratique que devait acquérir cette réaction ? Les multiples éléments qu'elle nécessitait, leur terminologie accessible aux seuls biologistes découragèrent dès l'abord beaucoup de médecins. Les critiques que les biologistes eux-mêmes adressaient au principe de la réaction ajoutèrent à leur scepticisme. Les uns démontraient que les prétendus antigènes n'ont aucun rapport direct avec le micro-organisme de la syphilis (5), les autres que les préten-

d'obstétrique de Paris, 17 mars 1904. — Le Renard, Thèse de Paris, 1909. — Berre, Thèse de Paris, 1900, inspirée par M. Comby.

(1) Bax, *loc. cit.* Thèse de Paris, 1908, p. 62.

(2) Wassermann, Neisser et Bruck, *Deut. med. Wosch.*, 1906, n° 19.

(3) Detre, *Wien. Klin. Wosch.*, 1906, n° 21.

(4) A. Marie et Levaditi, *Soc. médicale*, 21 décembre 1906.

(5) Landsteiner, Muller et Poetzl, Porges, Levaditi et Yamanouchi.

dus anticorps sont sans action *in vitro* sur le virus syphilitique (1).

Mais en même temps les applications cliniques se multipliaient et les statistiques démontraient que ces constatations sur le mécanisme intime de la réaction de Wassermann ne lui enlevaient nullement sa valeur pratique. De théorique elle est devenue empirique, mais en même temps elle a rallié tous les médecins.

La complexité de la technique indiquée par Wassermann, calquée sur celle de Bordet et Gengou, était un écueil pour beaucoup. Mais des modifications lui furent apportées. Pour la rendre plus rigoureuse, Bauer proposa de substituer à un système hémolytique artificiel les hémolysines naturelles du sérum humain pour les hématies du mouton. M. Foix (2) proposa de substituer à celles-ci les hématies du lapin qu'on trouve dans tous les laboratoires. De son côté, Hecht (3) remplaça ce système d'hémolysine présente dans un sérum chauffé et de complément fourni par un sérum frais de cobaye, par le sérum frais de l'homme qui fournit l'une et l'autre. La réaction ainsi pratiquée nécessite seulement l'emploi d'antigène, de sérum à examiner prélevé depuis moins de 24 heures et d'hématies du mouton auxquelles nous avons, à la manière de Foix, substitué avantageusement celles du lapin. Un des mérites de ce procédé rapide et simple est de réduire les occasions de commettre des fautes de technique. Il semble qu'il ait aussi celui d'une sensibilité plus grande. « Dans la syphilis latente tardive ainsi que dans les maladies parasyphilitiques, disent MM. Bruckner et Galasesco (4), le procédé de Hecht donne presque le double de résultats positifs que le procédé de Wassermann seul. » « Ce procédé, que nous avons cru avoir amélioré, disent MM. Hallion et

(1) A. Marie et Levaditi, *Annales Inst. Pasteur*, 1907, n° 2.
(2) Ch. Foix, *Soc. de Biologie*, 17 juillet 1909.
(3) H. Hecht, *Wiener med. Wosch.* 1908, n° 50 ; 1909, n° 8 et 10.
(4) Bruckner et Galasesco, *Soc. de Biologie*, 12 mai 1909.

Bauer (1)» (en mesurant préalablement le pouvoir hémolytique du sérum humain pour déterminer la quantité d'hématies à employer) est plus sensible en ce sens que la réaction ainsi obtenue est plus souvent positive chez les sujets syphilitiques. Quand il donne un résultat positif alors que la méthode de Wassermann proprement dite donne un résultat négatif ou douteux, notre expérience nous a montré que la syphilis est probable mais pas absolument certaine. MM. Demanche et Ménard (2) tirent de leur étude comparative des deux méthodes des conclusions semblables.

Avec la précieuse collaboration de notre ami Demanche (3) nous avons, depuis 1910, pratiqué des réactions de Wassermann chez des enfants atteints ou soupçonnés de syphilis héréditaire en employant soit la technique classique, soit la technique simplifiée de Hecht. Chez les enfants en bas âge, nous avons constaté souvent que cette dernière technique ne pouvait être utilisée, faute d'un pouvoir hémolytique suffisamment élevé du sérum. Nos recherches avec Saint-Girons (4) nous ont permis de vérifier depuis que ce pouvoir hémolytique était d'autant plus faible que l'enfant était plus jeune, qu'il se rapprochait de celui de l'adulte vers l'âge de 10 mois seulement et qu'enfin il devait ce caractère à la faible quantité d'hémolysines et non de complément.

Aussi avons-nous souvent recouru à l'obligeance de Demanche, au cours de nos recherches chez les prématurés, pour pratiquer la réaction de Wassermann classique, soit par nécessité, soit comme contrôle. Nous avons souvent aussi au dispensaire retardé le moment de pratiquer la réaction de Wassermann jusqu'à ce que l'enfant ait 10 mois, les indica-

(1) Hallion et Bauer, *Revue française de médecine et de chirurgie*, 10 avril 1912.

(2) R. Demanche et P.-J. Ménard, *Soc. de Biologie*, 23 avril 1910.

(3) R. Demanche et G. Détré, *Soc. de Biologie*, 4 juin 1910. *Tribune médicale*, 9 juillet 1910.

(4) G. Détré et F. Saint-Girons, *Soc. de Biologie*, 24 février 1912.

tions d'urgence étant exceptées. La technique de Hecht, outre les avantages de sa rapidité, de sa simplicité et de sa sensibilité, nécessite une quantité moindre de sérum et le prélèvement de celui-ci n'est pas chose négligeable chez l'enfant. Il ne faut pas songer chez le nourrisson à la ponction veineuse et seule une ventouse scarifiée peut fournir les 2 ou 3 centimètres cubes de sang nécessaires. M. Bresset a adopté l'usage de la ventouse à robinet qui simplifie cette petite opération. Il nous faut avouer qu'elle n'est pas toujours acceptée avec bonne grâce par les mères et que nous lui devons d'avoir parfois interrompu une longue observation (obs. 67, 177.)

Dans tous les cas, nous avons utilisé comme antigène un extrait alcoolique de foie de fœtus hérédo-syphilitique. S'agit-il de la technique rapide, des quantités appropriées, déterminées par l'usage, de cet antigène sont mises en présence d'une quantité fixe de sérum à examiner (0 cmc. 1) dans une série de tubes où l'on ajoute de l'eau physiologique. Après passage à l'étuve à 37° pendant une heure, on ajoute dans tous ces tubes une quantité appropriée d'hématies du lapin, prises dans la veine marginale de l'oreille, séparées de la fibrine et diluées dans l'eau physiologique. Une petite échelle hémolytique a permis, entre temps, de connaître la quantité d'hématies que peut hémolyser facilement le sérum donné et qui doit servir de réactif. Les tubes sont portés de nouveau à l'étuve pendant quinze à trente minutes et un tube témoin, dépourvu d'antigène, indique la fin de l'hémolyse. L'absence d'hémolyse dans les autres caractérise une réaction positive.

Cet empêchement de l'hémolyse comporte des degrés ; aussi la lecture du résultat est-elle parfois plus délicate que ne le pensent les médecins non avertis. « Deux observateurs usant de la même méthode, disent MM. Hallion et Bauer (1),

(1) Hallion et Bauer, *loc. cit.*, p. 105.

peuvent situer à un niveau un peu différent dans l'échelle des résultats bruts, le départ entre les réactions positives et les négatives. Dans les réactions positives nous distinguons deux degrés : tantôt nous disons réaction positive, tantôt nous disons faiblement positive. » Il nous a paru plus sûr encore de joindre à toute interprétation dans le sens + ou dans le sens — les résultats bruts de la réaction. C'est faute de cette précaution, croyons-nous, qu'on a pu voir deux expérimentateurs obtenir avec un même sérum des réactions de sens différent.

Pour la même raison, il nous paraît imprudent de cacher à celui qui doit interpréter la réaction les renseignements fournis par la clinique — avec le même soin que dissimulent leur personnalité les gens qui vont consulter la cartomancienne. « Il est des cas cliniques, disent MM. Hallion et Bauer, dans lesquels chaque fois ou presque chaque fois que la syphilis est en cause, la réaction est positive. Il est clair que, dans ce cas, si l'on trouve une réaction négative, l'hypothèse de syphilis pourra être éliminée presque à coup sûr. » Dans d'autres — et c'est le cas de la syphilis héréditaire latente — une réaction négative, assez souvent constatée chez des enfants issus de syphilitiques avérés, aura beaucoup moins de valeur que la réaction la plus légèrement positive.

Nos recherches avec Demanche, portant sur 76 enfants, nous ont fixés sur ce qu'on pouvait attendre de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis héréditaire. « Dans la syphilis héréditaire précoce, avons-nous conclu (1), la proportion des cas positifs (87,5 p. 100) est comparable à celle que l'on obtient dans la syphilis acquise floride. L'ancienneté de la syphilis comptée à partir des derniers accidents nous paraît avoir sur le sens et sur l'intensité de la réaction une influence prépondérante. Dans ce cas, et de

(1) *Loc. cit.*

même dans la syphilis héréditaire tardive, la proportion des résultats négatifs (80 p. 100) peut être rapprochée de celle obtenue dans les syphilis anciennes torpides de l'adulte. *Un résultat négatif, surtout à partir de la seconde enfance, ne permet donc pas d'éliminer entièrement la syphilis.* Chez les sujets indemnes de syphilis, la réaction a été constamment négative. »

C'est à des résultats sensiblement analogues qu'ont abouti les recherches faites par M. Levaditi chez les enfants du dispensaire Furtado-Heine (1). Celles de M. Daunay (2) ne sauraient leur être strictement comparées puisqu'il s'est proposé surtout d'établir un parallèle entre les réactions obtenues avec le sérum des enfants et celui des mères syphilitiques. Les discordances qu'il a pu observer étaient surtout dans le degré des réactions positives. Intéressantes pour la discussion des lois de Profeta et de Colles, elles ne sauraient nous retenir.

Nous avons recherché la réaction de Wassermann chez 35 prématurés et nous l'avons trouvée positive 17 fois (48,5 p. 100). De ces 17 résultats positifs, 8 ont été obtenus par le procédé de Hecht, 7 par le procédé classique, 2 par l'emploi simultané des deux méthodes. L'âge auquel fut pratiqué cette réaction variait comme l'indique le tableau suivant :

Obs.	23.	— 2 mois . . .	Wassermann + +
—	24.	— 3 mois 1/2 . .	Hecht + + +
—	74.	— 7 mois 1/2 .	Hecht + + +
—	99.	— 10 mois. . .	Hecht + + +
—	185.	— 10 mois. . .	Hecht + + +
—	72.	— 1 an	Hecht + +
—	69.	— 14 mois . . .	Wassermann 0 1/2 +

(1) C. Leroux et R. Labbé, Séro-diagnostic dans la syphilis familiale. *Archives de médecine des enfants*, 1911, n° 12.

(2) Bar et Daunay, *l'Obstétrique*, 1909, janvier, mars, avril. *Soc. de Biologie*, LXIV, p. 1085. — R. Daunay, *L'obstétrique*, avril 1912.

Obs. 70. — 15 mois. . . Wassermann 0 1/2 +
— 731. — 15 mois. . . Wassermann + +
— 100. — 18 mois. . . Hecht + + +
— 63. — 3 ans . . . Hecht 1/2 + + Wassermann 0 +
— 42. — 6 ans. . . . Hecht 0 0 +
— 98. — 6 ans. . . . Hecht + +
— 41. — 8 ans 1/2 . . Hecht + +, Vassermann + + +
— 35. — 9 ans. . . . Wassermann 1/2 + +
— 61. — 10 ans 1/2 . . Wassermann + +
— 187. — 6 mois. . . Wassermann 3/4 3/4

Les résultats négatifs ont été obtenus dans 8 cas par le procédé de Hecht, dans 10 par le procédé classique. Dans 3 cas il s'agissait d'enfants assez âgés (obs. 5, 12 ans; obs. 11, 9 ans 1/2; obs. 51, 5 ans). Il est infiniment probable que nous n'aurions pas trouvé une telle proportion de résultats positifs si nous avions pu pratiquer la réaction chez les 209 enfants de notre statistique : un certain nombre étaient morts ou avaient disparu avant que la réaction de Wassermann ne fût née. Pour ceux que nous pouvions revoir, une recherche systématique eût été faussée, croyons-nous, dans le sens négatif, par l'âge avancé de ces enfants. Notre but n'étant pas d'établir la fréquence des accouchements prématurés liés à la syphilis mais la part de la syphilis dans les dégénérescences des prématurés, nous avons particulièrement pratiqué la réaction de Wassermann dans les observations dont on pouvait faire état contre la naissance prématurée.

Dans quelques cas les aveux spontanés de la mère ou la constatation d'accidents spécifiques pouvaient, à défaut de réaction, attester la syphilis (1) (obs. 25, 45, 60, 71, 89, 90, 91, 130, 135, 140, 171, 172, 194). A supposer, ce qui est bien

(1) Dans deux cas (obs. 171 et 172) la réaction de Wassermann était négative alors que la syphilis familiale était établie par la constatation d'accidents spécifiques et de réactions positives chez les aînés.

invraisemblable, que les enfants chez qui nous n'avons ni pu pratiquer la réaction ni dépister cliniquement la syphilis en aient été tous indemnes, la proportion des syphilitiques parmi nos 206 prématurés serait déjà de 14,5 p. 100. — Nous admettrions volontiers qu'elle atteint le double.

Les jumeaux forment une bonne part de notre statistique de prématurés. Ils sont au nombre de 31 issus de 19 grossesses. Cette proportion élevée n'a rien de surprenant quand on sait la fréquence de l'accouchement prématuré dans la grossesse gémellaire. Toutefois comme le poids de ces enfants jumeaux n'a pas avec l'âge de la grossesse la même relation que celui des enfants issus de grossesse simple, nous les avons rangés dans une classe spéciale.

Cette distinction se justifiait d'ailleurs par les conditions défavorables dans lesquelles sont placés ces enfants jumeaux à qui la mère doit partager ses soins et son lait. Une statistique du même Dispensaire montrait, il y a quatre ans, que la « mortalité en bas âge des jumeaux est si considérable, leurs tares si fréquentes, leur élevage si difficile que la cause de la repopulation ne gagne rien à cette double naissance (1) ».

La syphilis accusée par certains auteurs de « faire des jumeaux (2) » existait chez 18,5 p. 100 des enfants de cette statistique. De même, sur nos 31 prématurés jumeaux, 7 étaient issus de syphilitiques (22,5 p. 100), 6 de tuberculeux. S'il faut voir dans la gémellité un phénomène tératologique, comme l'a soutenu M. P. Bar (3) pour la grossesse double univitelline, et comme tendrait à le prouver cette lourde hérédité, nous pouvons nous attendre à trouver chez les prématurés jumeaux des résultats bien peu satisfaisants.

78 des mères de notre statistique (38 p. 100) étaient pri-

(1) P. Pointin, *la Puériculture du premier âge chez les enfants jumeaux de la classe ouvrière*. Thèse de Paris, 1908.

(2) Edmond Fournier, *Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive* 1901, p. 26.

(3) Eleuterescu, Thèse de Paris, 1896.

mipares. L'accouchement plus laborieux, dans ces conditions serait une cause d'hémorragies et de lésions viscérales pour les prématurés (1). Nous aurons à discuter plus loin l'influence de ce traumatisme. Mais non moins important nous paraît le fait que 5 des mères de nos prématurés présentaient une viciation pelvienne (obs. 31 et 32; 51, 57, 38 à 42, 116). Les conceptions nouvelles du rachitisme que nous exposerons plus loin autorisent cette hypothèse que c'est peut-être encore l'infection, infection maternelle dans ce cas, qui, par ricochet, aggravait chez ces enfants les conséquences de la naissance prématurée.

(1) V. Wallich, Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né. *Ann. de gynécologie*, mars 1908.

CHAPITRE IV

La croissance des prématurés.

Pour étudier ici l'accroissement en poids et en taille, l'époque de la dentition et de la marche, et, pour tout dire, l'évolution physiologique chez les prématurés, nous avons dû alléger notre statistique des observations qui, pour quelque cause que ce soit, s'arrêtaient avant l'âge d'un an. En deçà de ce délai, il serait également prématuré de parler de l'avenir de ces enfants.

Pour ceux qu'on avait cessé d'amener depuis quelque temps au Dispensaire, nous avons tâché de les revoir en nous adressant par lettre à leur mère. Vingt lettres ainsi envoyées nous ont permis de revoir huit enfants, trois lettres nous sont revenues par suite d'un changement d'adresse. Le nombre des autres donne la mesure du détachement avec lequel beaucoup de familles ouvrières reçoivent les soins et secours de tout ordre qui leur sont généreusement donnés.

Cette étude porte donc sur la croissance de 100 enfants suivis au delà d'un an. Selon l'usage, nous distinguerons deux périodes, la première et la seconde enfance dont la limite est à l'âge de 2 ans.

Au cours de la première enfance.

Nous avons dû éliminer encore 18 observations qui, au cours de cette période, étaient trop irrégulières, voire même inexistantes (observations reconstituées grâce aux registres des Maternités). Nous étudions donc la croissance au cours de la première enfance de 82 prématurés qui, classés suivant leurs poids de naissance, se répartissent ainsi :

Groupe A. Moins de 2.000 grammes, 3 observations.
Groupe B. Moins de 2.500 grammes, 19 observations.
Groupe C. Moins de 3.000 grammes, 49 observations.
Groupe D. Jumeaux, 11 observations.

Nous avons suffisamment insisté au chapitre II sur le détail des investigations que comportait l'observation parallèle de nourrissons prématurés et de nourrissons nés à terme pour qu'il nous suffise d'en donner ici les résultats. La comparaison de la courbe d'accroissement d'un prématuré avec une courbe moyenne obtenue d'après une série d'enfants à terme et sains est souvent très démonstrative. Ne pouvant bien entendu reproduire ici tous ces graphiques, nous les avons jalonnés de 6 mois en 6 mois et nous avons consigné dans les observations que nous publions plus loin *in extenso* les poids de l'enfant à 6 mois, 1 an, 18 mois et 2 ans. Nous avons noté, aux mêmes époques, l'état de la dentition et pris pour terme de comparaison les moyennes obtenues par M. Carel (1), d'après l'observation de 273 nourrissons de tout ordre, au même Dispensaire. Ces moyennes, qui diffèrent peu des tableaux classiques (2), indiquent à 6 mois 2 dents, à 1 an 4, à 18 mois 12, à 2 ans 16 dents. Pour

(1) Carel, *le Lait stérilisé*. Thèse de Paris.
(2) Marfan, *Traité de l'allaitement*, 1903, p. 147.

l'accroissement en poids et en taille, notre terme de comparaison a été obtenu, nous l'avons dit, d'après une sélection d'enfants nés à terme.

Observations favorables. — Sept nourrissons prématurés (8,6 p. 100) ont pu supporter avantageusement cette comparaison. Ils se répartissent ainsi :

Groupe A. 0.		
Groupe B.	Obs. 13	Allaitement au sein, suralimentation.
Groupe C.	Obs. 69	Allaitement au sein.
	Obs. 82	
	Obs. 57	Sein et mixte.
	Obs. 76	
	Obs. 78	
Groupe D.	Obs. 99	

Deux de ces observations concernent des enfants syphilitiques. L'un (obs. 99) semble avoir bénéficié du traitement que permit d'instituer la réaction de Wassermann. De 6.640 grammes qu'il pesait alors à 9 mois, il atteint à 2 ans 11.550. Sa première dent perce à 10 mois et demi ; à 2 ans, il en a 16. Les conditions défavorables qui sont spéciales aux jumeaux n'existaient pas pour lui, l'autre enfant jumeau étant décédé à 6 jours.

L'autre observation (obs. 69) est appuyée sur une réaction de Wassermann plus faiblement positive, il est vrai, plus tardive aussi, et l'enfant ne bénéficia guère du traitement. Il était pourtant de taille et de poids normal à 1 an et à 18 mois. Sa dentition était par contre notablement retardée.

Tous ces enfants ont été nourris au sein et ceci démontrerait s'il en était besoin, qu'un bon allaitement est encore plus indispensable aux prématurés qu'aux autres enfants.

Observations défavorables. — Cinquante et un nourrissons prématurés étaient en état d'infériorité marquée, cette infé-

riorité se traduisant par une différence de poids de plus de 1 kilogramme pendant toute la première enfance. 27 autres avaient plus ou moins corrigé cette infériorité ; s'ils ne plaident pas en faveur de l'accouchement prématuré, on ne saurait non plus en faire état contre lui.

Nous insisterons seulement sur ces 51 observations qui se décomposent ainsi :

Groupe A, 3 observations.

Groupe B, 11 observations dont 3 syphilitiques et 2 tuberculeux.

Groupe C, 28 observations dont 10 syphilitiques et 3 tuberculeux.

Groupe D, 9 observations dont 3 syphilitiques et 2 tuberculeux.

Nous étudierons ces groupes séparément :

Groupe A. Obs. 1, Obs. 2 } Allaitement au sein.
Obs. 3 Biberon.

Ces observations étant assez anciennes, la réaction de Wassermann n'a pu être pratiquée. Elle eût peut-être révélé dans les observations 1 et 3 qu'il s'agissait d'athrepsie syphilitique. La fin de l'un de ces enfants (à Bicêtre) est en faveur de cette hypothèse.

Groupe B. 1° *Syphilitiques.*

Obs. 23, Obs. 24, Obs. 25 } Allaitement au sein.

2° *Tuberculeux.*

Obs. 6, Obs. 26 } Biberon.

3° *Ni syphilis, ni tuberculose reconnues.*

Obs. 9 Obs. 15 Obs. 30	Sein.
Obs. 14 Obs. 18	Sein et mixte.
Obs. 5	Allaitement au biberon, défectueux.

Les trois syphilitiques héréditaires ont été soumis à un traitement précoce: deux d'entre eux présentaient des accidents spécifiques qui ont guéri sous l'influence de cette médication et dans un cas ont récidivé (obs. 23).

Chez ce dernier enfant l'état général est resté gravement atteint et à 18 mois, son athrepsie, jointe à des crises de cyanose, à des symptômes de congestion pulmonaire chronique et peut-être tuberculeuse rendent vraisemblable une issue fatale. Les deux autres, au contraire, ont remarquablement bénéficié du traitement antisyphilitique, et nous insisterons plus loin sur l'influence qu'il paraît avoir exercé à l'égard des troubles gastriques dans l'observation 24. Elle démontre abondamment l'utilité de la réaction de Wassermann.

Des deux observations de tuberculose, l'une surtout (obs. 26), à propos de laquelle on pourrait discuter le rôle de l'hérédité ou de la contagion paternelle, montre à quel triste sort sont voués les enfants de tuberculeux cavitaires et l'impuissance absolue du médecin à leur égard.

Si l'on s'en tient aux observations qui paraissent exemptes de syphilis et de tuberculose, la proportion des observations défavorables pour ce groupe de prématurés est encore de 42,8 p. 100. On pourrait incriminer dans un cas (obs. 5) les soins défectueux ; il s'agissait d'une fille-mère dont les ressources, sinon la bonne volonté, devaient être insuffisantes.

Un autre (obs. 4) concerne un enfant dont l'hérédité est fortement suspecte ; la mère, grisonnante à 28 ans, a eu ultérieurement une fille qui est le type de l'athrepsie tuberculeuse.

La naissance prématurée semble seule responsable dans les observations 9, 18 et 30. Nous verrons que si ces enfants furent de médiocres nourrissons, leur croissance ultérieure fut beaucoup plus satisfaisante.

Groupe C. 1° *Syphilitiques.*

Obs. 73	Allaitement au sein.
Obs. 74	
Obs. 41	
Obs. 42	Allaitement mixte.
Obs. 60	
Obs. 63	
Obs. 70	
Obs. 71	
Obs. 72	
Obs. 35	Biberon.

2° *Tuberculeux.*

Obs. 36	Allaitement au sein.
Obs. 48	— Sevrage précoce.
Obs. 56	Biberon.

L'observation 74 nous fournit encore un exemple de troubles digestifs rebelles, malgré une alimentation convenable chez un prématuré syphilitique, nous aurons, d'ailleurs, à discuter plus tard les troubles morbides présentés par cet enfant. Sur sa croissance, l'influence du traitement antisyphilitique (mercure et arsenic) est ici encore manifeste. De 6.640 grammes à 1 an, son poids atteint 10.360 à 2 ans. L'observation 73 est plus défavorable, l'enfant est resté

malingre ; à 2 ans, il ne pèse que 8.700 grammes. Sa taille est pourtant de 0 m. 804. M. Variot n'hésiterait pas à le qualifier d'hypotrophique.

M. Variot a insisté sur les différents degrés du retard de la croissance chez l'enfant. A côté du retard simple portant à la fois sur le poids et sur la taille, il distingue une forme plus grave dans laquelle le poids et la taille sont dissociés et qu'il appelle hypotrophie (1). Il l'attribue le plus souvent à une alimentation insuffisante au compte de laquelle il met volontiers aussi l'intolérance gastrique des nourrissons. Il est permis de douter qu'il eût remédié à l'hypotrophie de cet enfant en augmentant sa ration alimentaire qui, comme l'établirent de fréquentes pesées avant et après la tétée, était très normale. Cet enfant, nous le verrons, n'est pas seulement un malingre, il est atteint d'incontinence d'urine. En serait-il ainsi s'il était né à terme, diront les adversaires de l'accouchement prématuré ? Un avortement antérieur de la mère a pourtant éveillé chez nous un autre soupçon; la réaction de Wassermann a été positive chez cet enfant et chez une sœur; il n'a présenté depuis sa naissance (à une époque peu éloignée du terme) aucun symptôme spécifique; le traitement mercuriel, s'il lui a été utile, n'a pas eu son effet habituel; il faut admettre que la syphilis a profondément touché cet enfant, à la manière dont elle touche ces adultes que nous appelons parasyphilitiques.

Dans l'observation 60 l'enfant ne fut pas assez régulièrement suivie pour que le traitement ait donné la mesure de

(1) Mlle Vigor, Thèse de Paris, 1911. *Étude clinique de l'hypo-alimentation chez le nourrisson*, p. 16. « M. Variot nous a dit lui-même qu'il était préférable d'appliquer au nourrisson ce terme d'hypotrophie qu'il réservait jusque-là à la dissociation de la croissance pondérale et staturale observée dans la seconde enfance; il ajoute que cette hypotrophie de la première enfance reconnaît pour cause principale l'hypo-alimentation. Il réserve désormais le terme d'atrophie à un degré plus accusé dans la perturbation de la croissance, dont le degré ultime caractérisera l'athrepsie de Parrot. »

son efficacité. Il ne fut pas institué dans les observations 70, 71 et 72 pour la même raison. Enfin dans les observations 35, 41, 42 et 63 le diagnostic fut porté à un âge plus avancé grâce à la réaction de Wassermann.

Les observations de tuberculeux sont dans ce groupe comme dans le précédent parmi les plus défavorables. Dans l'une des observations ci-dessus (obs. 63), l'enfant, syphilitique héréditaire, portait également la tare d'une infection tuberculeuse et cette association morbide, sur la fréquence et les particularités de laquelle a insisté M. Sergent, notre maître (1), doit exister plus souvent encore que nous ne l'avons noté.

GROUPE C (*suite*).

3° *Ni syphilis ni tuberculose reconnues*, 15 observations.

Obs. 37 Obs. 40 Obs. 49 Obs. 62 Obs. 65 Obs. 75 Obs. 79 Obs. 85	Allaitement au sein.
Obs. 59 Obs. 83	Allaitement mixte.
Obs. 87	Sein, sevrage précoce
Obs. 84	Biberon.
Obs. 43 Obs. 52 Obs. 53	Biberon en nourrice

(1) E. SERGENT, *Syphilis et tuberculose*. Paris, 1907.

L'observation 40 et l'observation 87, où la réaction de Wassermann ne put être faite, sont trop suspectes de syphilis pour que nous les retenions. Nous défalquerons aussi les trois dernières où l'absence de soins maternels peut être, à juste titre, incriminée. Les autres enfants ont été presque tous bien soignés et bien surveillés et le seul allaitement au biberon qui figure ici est dû à l'intervention d'un pharmacien.

Toutes éliminations faites, la proportion des cas défavorables reste pour le groupe C de 10 sur 35 (28,5 p. 100). Elle condamne nettement l'accouchement prématuré, car il s'agit ici d'enfants qui n'étaient pas, à proprement parler, des débiles, qui étaient nés en général au cours du neuvième mois, pesant en tout cas plus de 2.500 grammes. Ne sont-ce pas précisément les conditions dans lesquelles on songe encore à provoquer l'accouchement prématuré ? Et nous verrons plus loin que la croissance de ces mêmes prématurés au cours de la seconde enfance, ne s'annonce guère moins défavorable. Ils ont restés petits, petits de poids et de taille; la différence entre leur âge apparent et leur âge réel était à la naissance d'un mois environ, à deux ans elle est de plus de six mois ; ils sont, dirait-on, d'une espèce particulière, d'une espèce rabougrie.

Ne serait-ce pas une question de race, en effet, ne manquera-t-on pas d'objecter ; ne serait-ce pas un caractère transmis héréditairement ? Il est vrai que quelques-unes des mères de ces enfants étaient plutôt petites, en particulier celle de l'observation 62. Cette femme a eu ultérieurement un autre enfant, né à terme, et cet enfant est aussi de petite taille ; il l'emporte toutefois sur sa sœur. Nous verrons plus loin quel parti on peut tirer de ces comparaisons familiales. Mais presque toutes les femmes de cette série d'observations étant unipares la démonstration est ici difficile. Pourtant les enfants nés à terme dont les mesures constituent notre moyenne de comparaison étaient issus de générateurs grands et petits, de même race ou pour mieux dire de race auss

mélangée que nos prématurés. Faut-il donc admettre que les petites femmes aient l'apanage d'accoucher prématurément ?

Groupe D. Jumeaux.

1° *Syphilitiques.*

Obs. 100, sein et mixte, l'autre jumeau décédé.
Obs. 90 et 91, biberon.

2° *Suspects de tuberculose.*

Obs. 94 et 95, sein et mixte.

3° *Ni syphilis ni tuberculose reconnues.*

Obs. 94, allaitement au sein, l'autre enfant décédé.
Obs. 96 et 97, sein et mixte.
Obs. 88, biberon, l'autre enfant décédé.

Des trois jumeaux syphilitiques deux sont morts, athrepsiques, malgré le traitement; l'autre (obs. 100) lui doit peut-être de continuer à vivre une existence lamentable : hydrocéphale, elle pèse 6.560 grammes à 18 mois.

Les observations 94 et 95 concernent des enfants issus d'un père tuberculeux et d'une mère de petite taille; le poids placentaire nous conduisit à soupçonner chez eux la syphilis, la réaction de Wassermann fut négative. Des accidents broncho-pulmonaires répétés et liés sans doute à l'infection tuberculeuse, des soins défectueux expliquent, autant que la naissance prématurée, leur retard de développement.

Il n'en est pas de même dans les autres observations, dans les observations 96 et 97 surtout où les facteurs héréditaires nous étaient bien connus. Ces enfants sont aussi restés petits, et pour eux (40 p. 100, après éliminations) la naissance prématurée semble en être seule responsable.

Marche.

L'étude statistique de M. Carel à laquelle nous nous référons encore a établi que les nourrissons observés au Dispensaire marchaient habituellement du 13e au 16e mois. M. Pinard (1) indique la période de 1 an à 18 mois. Il ne nous semble pas que la naissance prématurée ait une influence appréciable à cet égard. Douze de nos prématurés ne marchaient pas, il est vrai, à 18 mois, mais il s'agit presque toujours de syphilitiques (obs. 23, 35, 100), de tuberculeux (obs. 54, 56, 94 et 95 où les enfants ont marché à 30 mois, obs. 14 où l'hérédité est suspecte) ou d'enfants mal alimentés (obs. 52 et 53). Dans 2 cas seulement (obs. 10 et 30), ces différentes causes ne pouvaient être invoquées.

Au contraire, nous avons remarqué que 4 prématurés avaient marché précocement, avant l'âge d'un an (obs. 32, 51, 73 et 79). Dans 2 cas au moins il s'agissait d'enfants malingres et il est d'observation courante que ces « poids légers » marchent habituellement avant les gros enfants.

Au cours de la seconde enfance.

Cinquante-sept observations nous renseignent sur la croissance des prématurés pendant cette période; la plupart font suite à des observations portant sur la première enfance; elles s'arrêtent, par la force des choses, à des âges différents et ceci nous dispense de les fractionner encore en périodes. C'est surtout le résultat de la croissance qui importe, aussi jugerons-nous ces enfants d'après les derniers poids et mensurations connus, nous réservant d'utiliser leur

(1) A. Pinard, *la Puériculture du premier âge*, p. 170.

histoire pour discerner la part de la naissance prématurée et celle des affections intercurrentes, dans ce résultat.

Classées par âge, ces 57 observations se répartissent ainsi :

27 mois, ob. 21.
2 ans 1/2, obs. 12, 14, 64, 74, 75, 77, 99.
3 ans, obs. 8, 15, 50, 58, 63, 73, 92.
3 ans 1/2, obs. 33, 48, 56, 65, 66, 68.
4 ans, obs. 52.
4 ans 1/2, obs. 53.
5 ans, obs. 18, 62.
5 ans 1/2, obs. 4, 17, 94 95, 96 et 97.
6 ans, obs. 16, 42, 57.
7 ans, obs. 55.
7 ans 1/2, obs. 43, 89.
8 ans, obs. 32, 51.
8 ans 1/2, obs. 34, 38, 41.
9 ans, obs. 10, 13, 30, 44.
9 ans 1/2, obs. 31.
10 ans, obs. 7.
10 ans 1/2, obs. 28.
11 ans, obs. 9, 11, 35, 40.
12 ans 1/2, obs. 61.
13 ans, obs. 29, 39.
14 ans, obs. 5.

Nous avons comparé les différents éléments qui mesurent la croissance — poids, taille, mensurations du thorax — aux moyennes que nous avions obtenues sur des enfants nés à terme et sélectionnés suivant la méthode décrite au chapitre II.

Observations favorables aux prématurés. — Ce sont celles où le poids et la taille étaient en définitive supérieurs à la moyenne.

Six observations (10,5 p. 100).

Groupe B, obs. 17, 30.
Groupe C, obs. 29, 55, 61.
Groupe D, obs. 99.

L'observation 17 est celle d'une enfant convenablement allaitée, bien soignée et bien suivie. On a pu constater qu'elle était encore très inférieure à la moyenne à 1 an; elle l'a rejointe entre 2 ans et demi et 3 ans. A 5 ans et demi elle la dépasse de près de 500 grammes et pour la taille de 2 centimètres.

Les observations 29 et 30 sont celles d'un frère et d'une sœur dont l'aîné fut malgré sa naissance prématurée un beau nourrisson bien soigné. A 4 ans il n'était que de 700 grammes inférieur à la moyenne; à 6 ans il était de 2.000 grammes au-dessous; dans l'intervalle, il s'était vraisemblablement tuberculisé. A 10 ans cependant il rejoint la moyenne, et à 13 c'est un solide gaillard, pubère, dont le poids dépasse la moyenne de 8 kilogrammes et la taille de 8 centimètres; les signes d'auscultation qui avaient, un temps, jeté l'alarme ont disparu.

Sa sœur eut une croissance plus retardée; notablement inférieure à la moyenne à 2 ans, elle la rejoint vers 3 ans et la dépasse à 9 ans de 1 kilogramme et de 4 cm. 5. La mère de ces deux enfants est une femme vigoureuse et sans doute cette bonne hérédité a-t-elle compensé largement chez eux les désavantages de la naissance prématurée.

Pour l'observation 61 nous avons dû nous contenter de renseignements rétrospectifs sur l'accouchement. L'enfant n'a été vue qu'à 8 ans et demi, notablement inférieur à la moyenne en taille et surtout en poids, tuberculeux et syphilitique. Le cacodylate de soude et le sirop de Gibert ont eu raison de cette association. A 12 ans et demi, les lésions pulmonaires sont sclérosées, le poids et la taille ont rejoint et dépassent la moyenne.

L'observation 55 est plus succincte ; l'enfant, encore inférieur à la moyenne à 5 ans, la dépasse à 7 de plus de 1 kilogramme et de 5 centimètres. La dernière observation (99) est celle d'un jumeau (l'autre jumeau étant d'ailleurs tôt disparu) du poids de 1.850 grammes à la naissance; on l'élève en couveuse deux mois, il suit la consultation de nourrissons de la clinique Tarnier pendant huit mois; à 9, il ne pèse encore que 6.640 grammes; la réaction de Wassermann est faite alors sur le seul indice de la gémellité et elle est positive. Grâce au traitement institué, l'enfant rejoint et dépasse la moyenne de 18 mois à 2 ans; à 2 ans et demi, il lui est supérieur de 800 grammes et de 1 centimètre. Nous verrons toutefois plus loin que cette croissance satisfaisante est loin de correspondre à une santé parfaite.

Dissociation du poids et de la taille. — Obèses et enfants de petite taille. — 8 observations (14 p. 100).

OBSERVATIONS	AGE	POIDS DÉPASSE LA MOYENNE DE	TAILLE EST INFÉRIEURE A LA MOYENNE DE
35	11 ans	4 kilog.	9 centimètres
9	11 ans	2 —	2 centim. 5
13	9 ans	2 —	1 centim. 7
28	10 ans 1/2	1.650 gr.	3 centim. 5

A côté de l'embonpoint du nourrisson suralimenté et de l'obésité tardive de l'adulte, l'obésité de l'enfant est un état anormal dont l'étiologie est à peu près inconnue; les troubles glandulaires auxquels on l'attribue ordinairement ont eux-mêmes besoin d'être expliqués. Peut-être est-ce un des aboutissants de la croissance des prématurés : nos quatre observations tendraient à le prouver. Mais la première, la plus typique, est celle d'une fillette hérédo-syphilitique: nourrie au biberon, elle reste très au-dessous de la moyenne pendant toute la première enfance et jusqu'à 9 ans; c'est à cette époque, après l'ablation de végétations adénoïdes,

qu'elle commence à engraisser; le traitement thyroïdien est resté sans succès et elle évoque déjà actuellement la Vénus hottentote.

L'observation 9 est celle d'une fillette bien alimentée dans le passé de laquelle on ne remarque qu'un érythème noueux qui, pour certains auteurs, serait la signature de l'infection tuberculeuse; l'enfant était encore notablement au-dessous de la moyenne à 5 ans; revue à 11 ans, elle est devenue obèse.

L'observation 13 est plus troublante : l'enfant, restée au-dessous de la moyenne jusqu'à 4 ans, contracte des bronchites fréquentes à cette époque, une coqueluche puis, alors qu'on a lieu de craindre la tuberculose, commence à engraisser. A 6 ans, la dissociation du poids et de la taille existe déjà. L'observation 28 est celle d'un enfant nourri au biberon, non surveillé, chez qui la dissociation existait dès l'âge de 4 ans. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres relatifs aux prématurés, la complexité des facteurs ne permet donc qu'une timide hypothèse; d'autres observations que nous ne rapportons pas, parce que les renseignements sur la naissance étaient peu sûrs, ont confirmé pour nous cette impression que la naissance prématurée faisait des obèses. Il n'est pas impossible qu'elle ait une influence analogue à celle que les éleveurs reconnaissent à la consanguinité. « La consanguinité, dit Pagès (1), favorise les beautés du nourrissement (engraissement), la vie s'abrège, la fécondité diminue, presque toujours *la taille baisse*, la tête et les membres se raccourcissent tandis que le tronc s'élargit et s'arrondit. »

Cet abaissement de la taille chez les prématurés est établi par de nombreuses observations sur lesquelles nous avons maintenant à insister.

(1) Pagès, *les Méthodes pratiques en Zootechnie*, p. 82.

OBSERVATIONS	AGE	POIDS	TAILLE, < LA MOYENNE
15	3 ans	Poids normal	de 5 centimètres
34	8 ans 1/2	—	de 2 centim. 5
41	8 ans 1/2	—	de 4 centimètres
39	13 ans	—	de 5 centimètres environ

L'observation 39 et l'observation 41 concernent des prématurés nés d'un accouchement provoqué ; ils appartiennent à cette intéressante famille dont nous avons résumé l'histoire p. 28 ; l'un d'eux, enfant de rachitique, est lui-même atteint d'un rachitisme grave; dès 4 ans et demi, son poids était normal tandis que sa taille restait petite. A 8 ans et demi, on a pu faire la réaction de Wassermann : elle est positive. Sa sœur aînée a donc bien des chances d'être également syphilitique héréditaire.

Dans l'observation 34 et dans l'observation 15, le contrôle du Wassermann eût été utile, d'autant que l'un de ces enfants avait au cours de la première enfance présenté des signes d'hydrocéphalie qui avaient rétrocédé spontanément. Le rôle de la naissance prématurée dans l'abaissement de la taille, discutable jusqu'ici, va s'avérer dans les observations suivantes.

Prématurés restés petits de poids et de taille.

Syphilitiques.

GROUPES	OBSERVATIONS	AGE	POIDS < MOYENNE DE	TAILLE < MOYENNE DE
C	73	3 ans	3 kil. 200	6 cm. 3
	74	2 ans 1/2	1 — 100	2 cm. 5
D	42	6 ans	1 — 350	7 centim.
	89	7 ans 10 mois	1 kil.	1 centim.

Trois de ces enfants ont reçu le traitement antisyphilitique ; nous avons insisté sur leur état au cours de la première enfance; on voit qu'il ne s'est guère amélioré pour l'observation 73, tandis que l'action du traitement est nette dans l'observation 74.

La jumelle de l'observation 89 a bénéficié aussi, croyons-nous, de la disparition de sa sœur jumelle. Dans l'observation 42, la syphilis a été découverte tardivement.

Tuberculeux.

GROUPES	OBSERVATIONS	AGE	POIDS < MOYENNE DE	TAILLE > MOYENNE DE	PÉRIMÈTRE THORACIQUE > MOYENNE DE	DIAMÈTRE TRANSVERSE > MOYENNE DE
A	4	5 ans 1/2	4 kil. 500	5 centim.	2 cent. 3	5 millim.
B	10	9 ans	6 —	10 —	10 centim.	19 millim.
	12	2 ans 1/2	3 — 500			
	32	8 ans	3 — 500	6 cent. 5	4 centim.	16 millim.
	48	3 ans 1/2	2 — 300			
C	56	3 ans 10 mois	3 — 200			
	66	3 ans 1/2	1 — 400			
	57	6 ans	1 — 600			
	63	3 ans	1 — 650	3 centim.	0 cent. 9	0 millim.
D	94	5 ans 1/2	2 — 850	6 cent. 5	1 cent. 3	12 —
	95	5 ans 1/2	2 — 150	8 centim.	0 cent. 3	10 —

Les enfants de cette série ont été tuberculisés à des degrés divers, mais les effets de cette infection sur la croissance ont été assez profonds pour que nous n'incriminions pas chez eux la naissance prématurée. Telle de ces enfants, par exemple (obs. 57) était de poids normal à 3 ans; dix mois plus tard, ce poids n'avait pas varié, l'enfant était devenue tuberculeuse. Tel autre (obs. 66) dépassait la moyenne à 2 ans et demi; revu à 3 ans et demi, il est notablement au-dessous, mais vient de quitter l'hôpital. Dans l'observation 4 à des soupçons de tuberculose s'ajoutent des soupçons de syphilis héréditaire. Nous ne retiendrons pas non plus l'observation 21 où l'enfant était sinon tubercu-

leuse du moins convalescente de congestion pulmonaire grave et suspecte quand nous pûmes l'observer.

L'infériorité de taille de ces enfants est en général proportionnelle à l'infériorité de poids et de périmètre thoracique; elle est plus marquée toutefois dans les observations 94 et 95 sur lesquelles nous reviendrons pour affirmer la part de la naissance prématurée dans l'état de ces enfants.

Ni syphilis reconnue, ni tuberculose avérée (27 observations).

GROUPES	OBSERVATIONS	AGE	POIDS < MOYENNE DE	TAILLE < MOYENNE DE
B	5	12 ans	6 kil. 500	9 centim.
	7	10 ans	5 — 750	11 —
	8	3 ans	1 — 300	5 —
	11	11 ans	1 — 150	5 —
	14	2 ans 1/2	5 —	—
	16	6 ans	1 — 400	1 cent. 5
	18	5 ans	600 gr.	2 —
C	31	9 ans 1/2	1 — 800	4 cent. 5
	33	3 ans 1/2	500 gr.	1 — 5
	38	8 ans 1/2	1 — 500	—
	40	11 ans	360 gr.	7 —
	43	7 ans 1/2	1 — 500	—
	44	9 ans	2 — 500	3 cent. 5
	51	8 ans	2 — 500	3 —
	52	4 ans	3 — 700	—
	53	4 ans 1/2	1 — 800	—
	58	3 ans	2 — 700	—
	62	5 ans	1 — 650	4 cent.
	64	2 ans 1/2	450 gr.	2 —
	65	3 ans 1/2	2 kil.	—
	68	3 ans 1/2	900	5 cent.
	73	3 ans	3 — 200	6 — 3
	77	2 ans 1/2	1 — 100	4 —
D	96	5 ans 1/2	1 — 100	8 — 8
	97	5 ans 1/2	3 — 500	13 — 3

Sans doute l'état de santé de ces enfants a parfois fléchi, les soins qu'ils ont reçus n'ont pas toujours été irréprochables. Deux ont été élevés en nourrice (obs. 52, obs. 53), deux autres ont été mal alimentés par leur mère (obs. 8, obs. 65). Telle autre (obs. 51) a paru à 4 ans, à la suite d'une rougeole, suspecte de tuberculose; mais son accroissement suivi d'année en année est resté régulier, et régulièrement

inférieur à la moyenne. La même suspicion a atteint à 9 ans l'enfant de l'observation 5, et, pour la même raison, nous ne croyons pas que la tuberculose, si elle a existé, ait eu une influence prépondérante.

A côté de l'infériorité en taille et en poids qui traduit un retard de la croissance persistant chez ces prématurés, nous retrouvons ici, dans le plus grand nombre des observations, la dissociation du poids et de la taille dont nous avons parlé. Elle est très accentuée dans certaines observations (obs. 96 et 97, obs. 7 et 8) où il s'agit d'enfants de même famille. Dans celles-là et dans l'observation 62, encore les mères sont petites et cette hérédité est gênante. Il n'en est plus de même dans les observations 31, 68, 77. Sur l'ensemble de nos prématurés, il en est certainement qui sont issus de générateurs de grande taille. Pourquoi donc la dissociation inverse ne se rencontre-t-elle dans aucune de nos observations ? Si difficile que soit cette question, nous croyons que, à ce degré et avec cette fréquence, l'abaissement de la taille ne peut pas être fortuit. La naissance prématurée fait parfois des obèses, disions-nous plus haut; elle fait aussi des nains.

Croissance comparée des prématurés et de leurs frères et sœurs nés à terme.

Pour dégager la part de cette influence mal connue que nous appelons hérédité dans la croissance des prématurés, nous pouvions dans certains cas les comparer à des enfants de même hérédité, nés à terme. Cette étude est en réalité très ingrate, car les multiples facteurs qui interviennent pour troubler la croissance du prématuré peuvent intervenir de même chez ses collatéraux. Elle porte sur 15 familles.

I. Famille Ag., Σ.

	Suzanne, 1899 prématurée (obs. 61)		Germaine, 1903 à terme	
A 9 ans	»		23 kgr. 500	1 m. 312
A 10 ans	24 kgr. 150	1 m. 301	»	

II. Famille Aud.

	Pierre, 1899 prématurée (obs. 29)	Suzanne, 1903 prématurée (obs. 30)	Maurice, 1905 à terme
A 1 an	8.690, 4 dents	7.130, 2 dents	8.720, 2 dents
A 4 ans 1/2	»	»	> moyenne de 1.500 gr. et de 1 cm. (1)
A 9 ans	»	> moyenne de 1 kgr. et de 4 cm. 5	
A 13 ans	> moyenne de 8 kgr. et de 8 cm.		

III. Famille Beau. Σ avouée.

	Lucien à terme	Andrée prématurée
A 1 an	7.380	7.100

IV. Famille Br.

	Jeanne, 1907 prématurée (obs. 62)	Robert, 1909 à terme
A 1 an	7.640, 1 dent	7.890, 5 dents
A 18 mois	8.210, 5 dents	8.600, 12 dents
	marche à 16 mois	marche à 18 mois

V. Famille Ed.

	Simonne, 1902 à terme ? biberon entérite chronique		Suzanne, 1904 prématurée, sein		Roger, 1907 à terme, sein	
A 5 ans	»		13 kgr. 600	0 m. 99	15 kgr. 350	1 m. 045
A 7 ans	15 kgr. 650	1 m. 10	16 kgr. 550	1 m. 11	»	

(1) Revu à 7 ans, cet enfant est de près de 4 kilogrammes et de 3 centimètres supérieur à la moyenne.

VI. Famille Fau.

	Berthe, 1899 prématurée (obs. 7). biberon	Eliane, 1909 prématurée (obs. 8) sein, mauvais soins
A 3 ans	»	< moyenne de 1.300 gr. et de 5 cm.
A 4 ans	< moyenne de 2.500 gr. et de 12 cm.	

VII. Famille Gu.

	Roger à terme? scrofuleux		Yvonne à terme?		Madeleine prématurée (obs. 17)		René à terme.
A 1 an	»		»		7.230		8.480
A 2 ans	»		»		10.500		12.650
A 3 ans	»		»		13.000		15.350
A 3 ans 1/2	13.500	0 m. 91	13.240		13.850	0 m. 967	»
A 5 ans	15.500		16.000		15.850, dépasse la moyenne		»

VIII. Famille Ghi.

	Alfred, 1898 à terme, biberon		Geneviève, 1899 prématurée (obs. 9), sein	
A 1 an	9.650		6.150	
A 5 ans	16.750		15.150	
A 11 ans	30.100	1 m. 372	30.000	1 m. 334

IX. Famille Hu. Σ.

	Fernand, 1896 prématuré	Raymonde, 1899 accouch. prém. provoqué	Suzanne, 1901 prématurée
A 8 ans 1/2	21.850	20150	23.600

	Robert, 1903 accouch. prém. provoqué	Alexandre, 1905 prématuré	Roger, 1907 à terme
A 1 an	7.620, 5 dents	7.110, 3 dents	7.870, 4 dents

X. Famille Jo.

	Yvonne, 1898 prématurée	Robert, 1903 prématuré	Yvonne, 1907 à terme ? tuberculeuse
A 6 mois	4.000	4.070	»
A 2 ans 1/2	décédée	< moy. de 5 kgr.	»
A 4 ans 1/2	»	vivant	< moy. de 7 kgr. 500 et de 20 centimètres

XI. Famille Pay.

	Berthe, 1899 à terme ; biberon	Juliette, 1900 (obs. 11) prématurée ; mixte
A 11 ans	27.850	25.600
	1 m. 354	1 m. 309
	diam. tr. thorax, 192 mm.	diam. tr. thorax, 192 mm.

XII. Famille Si. Σ.

	Andrée, 1907 prématurée 2.520 accidents spécif.	Charles, 1909 prématuré, 2.900 Wassermann +	Suzanne, 1910 prématurée Wassermann —
A 6 mois	»	6.135	5.360
A 1 an	7.750, 4 dents	7.675, 6 dents	»

XIII. Famille Sou.

	Juliette, 1905 à terme	Roland et Albert, 1906 (obs. 94 et 95)	
A 2 ans	11.750	8.890	8.370
A 3 ans	14.150	11.020	10.870
A 5 ans et 3 mois	17.500	15.000	15.250

XIV. Famille Thi.

	Mathilde, 1899 prématurée (obs. 31)	Mercédès, 1901 prématurée (obs. 32)
A 1 an	7.420	8.190
A 2 ans	10.250	10.650
A 5 ans	14.700	13.600, suspecte de tub.
A 8 ans	»	< moyenne de 3 kgr. 500 et de 6 cm. 5
A 9 ans 1/2	< moyenne de 1.800 gr. et de cm. 5	»

XV. Famille Voi.

	Georgette, 1900 prématurée (obs. 10)	Georges, 1901 à terme
A 1 an	8.420, 4 dents	10.200, 3 dents
A 18 mois	9.100, 12 dents	10.720, 9 dents
	marche à 19 mois 1/2	marche à 14 mois

XVI. Famille Za., mère Xlpare.

	Albert, 1903 à terme	Justine, 1905 prématurée (obs. 57)	Louis, 1907 à terme
A 1 an	8.600, 2 dents	8.300, 0 dents	9.160, 2 dents
A 23 mois	10.600, 12 dents	11.200, 12 dents	12.120, 12 dents

Certaines de ces observations familiales sont très démonstratives. Dans les unes, la syphilis encore virulente a exercé son influence aussi bien sur les enfants à terme que sur les prématurés (fam. III et XII). Capable encore de déterminer des réactions de Wassermann positives, il semble que son influence s'atténue légèrement avec le temps, sur une longue série d'enfants dans la famille IX. Il en est sans doute de même dans la famille I où l'infériorité de taille de l'aînée prématurée est très nette.

Dans d'autres cas, l'infection n'est plus décelable ; l'influence héréditaire persiste, quelque supposition qu'on fasse pour l'expliquer. Il en est ainsi dans la famille X et sans doute dans la famille IV où l'infériorité de l'enfant prématuré est légère.

D'autres observations établissent avec toute la rigueur possible l'influence de la naissance prématurée, en dehors de tout autre facteur. Telle est celle de la famille VIII. C'est en multipliant les observations de ce genre qu'on prouvera que la naissance prématurée suffit à déterminer l'*abaissement de la taille* et l'*engraissement*. Cet abaissement de la taille chez le prématuré est encore évident dans le cas de la

famille XI. Elle accuse, il est vrai, une forte mortalité et malgré que le Wassermann ait été négatif, le rôle de la syphilis reste possible. Il faudrait admettre toutefois qu'elle ait eu pour l'enfant née à terme, aînée de la prématurée, un de ces caprices qu'a signalés M. Fournier.

La même réflexion s'applique à la famille XIII, à moins d'admettre que le facteur infectieux (tuberculose, peut-être syphilis) a été acquis entre les deux conceptions, à un an de distance. C'est peu vraisemblable et l'infériorité des prématurés jumeaux s'affirme ici d'une manière éclatante.

Enfin, dans la famille XV, le parallèle est nettement aussi à l'avantage de l'enfant né à terme.

Cette étude familiale comparée permet également d'apprécier l'importance d'un facteur dont nous avons peu parlé jusqu'ici, la situation sociale de la famille. L'élevage d'un prématuré est un luxe possible dans certaines familles un peu plus aisées, où l'enfant est unique. Ces cas correspondent le plus souvent à ceux où la comparaison fut favorable aux prématurés (obs. 18, obs. 78). Mais est-on bien en droit d'établir un parallèle entre ceux-ci et les enfants de la famille IX par exemple ?

Certains premiers nés sont pour la même raison plus favorisés que les enfants suivants. Ne serait-ce pas le cas dans la famille XIII où survinrent inopinément deux jumeaux « dont le couvert n'était pas mis » ?

Inversement, il advient que certaines mères tirent de l'élevage d'un premier enfant un enseignement dont bénéficient les suivants. Le rôle des médecins du Dispensaire n'est peut-être pas étranger à ce résultat, et c'est avec plaisir que nous avons enregistré que les observations favorables (obs. 17, 29, 30, 78, 82) ou les moins défavorables (obs. 18, 33 et 50) concernaient des prématurés très régulièrement amenés aux consultations.

CHAPITRE V

Morbidité des prématurés. Dystrophies et dysplasies.

La fréquence de la naissance prématurée est assez grande pour qu'on ait pu l'incriminer chez des enfants présentant des troubles morbides variés. Ce sont ceux-ci que nous avons spécialement recherchés au cours de nos observations. Nous n'insisterons donc pas sur les infections banales auxquelles succombent tant de débiles et dont notre statistique restreinte ne permettrait pas d'apprécier la fréquence. Nous rappellerons seulement la proportion déjà appréciable (16 p. 100) et sans doute inférieure à la réalité des prématurés de tout âge chez qui nous avons pu diagnostiquer la tuberculose. Dans une statistique prise au même Dispensaire et qui comprenait aussi bien les prématurés que les enfants à terme. M. Balthazard (1) avait trouvé une proportion de tuberculeux de 16,3 p. 100 et l'enquête dirigée par M. Grancher (2) dans les écoles du XV[e] arrondissement avait établi celle de 15,7 p. 100. Il semble donc que les prématurés ne soient exposés ni plus ni moins que les autres à se laisser envahir par l'infection tuberculeuse. Ceci ne cadre pas en apparence avec la relation qui existe assez souvent

(1) Balthazard, Thèse de Paris, 1909.
(2) Grancher, *Bulletin médical*, 24 décembre 1904.

entre la tuberculose des parents et l'accouchement prématuré. Mais nous savons que cette variété de prématurés, exposés à la contagion dès leur naissance s'ils ne sont pas touchés dans leur vie intra-utérine, succombent presque tous avant que nous ayons pu les voir au dispensaire.

Rachitisme. — Encore que la naissance prématurée ne figure pas au nombre des multiples facteurs étiologiques que l'on a tour à tour assignés au rachitisme, nous l'avons soigneusement noté dans nos observations. Il présente en effet tant de rapports avec la croissance et prend de nos jours une telle valeur symptomatique que nous ne pouvions le négliger. « Faire le diagnostic de rachitisme, dit M. Marfan (1), c'est faire un diagnostic insuffisant, qui n'a pas plus de valeur que le diagnostic de polyadénie, de splénomégalie ; la constatation du rachitisme doit nous inviter à rechercher les causes qui lui sont connues ; et de cette enquête systématique sortira parfois la révélation inattendue d'une syphilis ou d'une tuberculose latente. » Ceci est bien éloigné de la doctrine classique qui faisait de l'alimentation défectueuse la seule cause du rachitisme. Mais au cours de ces dernières années, les consultations de nourrissons ont permis de constater que le rachitisme pouvait s'observer chez des enfants correctement nourris au sein et n'ayant jamais eu de troubles digestifs sérieux. On a donc été conduit à lui chercher, au moins dans certains cas, une autre origine, et M. Marfan, pour qui « l'acte initial du rachitisme est une suractivité spéciale des cellules de la moelle osseuse », a établi dans une série de travaux (2) ses rapports avec les infections

(1) Marfan, Rachitisme et Tuberculose. *Presse médicale*, 23 février 1910.

(2) Marfan, le Rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. *Semaine médicale*, 18 septembre 1907. — Rachitisme et syphilis. *Semaine médicale*, 2 octobre 1907. Études anatomiques sur le rachitisme. — *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, juillet à novembre 1909.

chroniques, infections qui datent parfois de la vie intra-utérine. Sous son inspiration M. Ducastel (1) a établi que « la syphilis et la tuberculose des géniteurs étaient une cause importante de rachitisme ».

Il est donc possible que dans certaines de nos observations l'accouchement prématuré et le rachitisme aient été sous la dépendance d'une même cause. Les 22 cas où nous l'avons noté se décomposent ainsi :

1° *Rachitisme chez des prématurés syphilitiques.*

Obs. 40. — Rachitisme grave et persistant à 6 ans et demi ;
Obs. 41. — Rachitisme persistant à 7 ans. État adénoïdien ; micropolyadénie ;
Obs. 42. — Rachitisme grave persistant à 6 ans ; genu valgum ; tibias en fourreau de sabre ;
Obs. 98. — Rachitisme constaté à 6 ans ; bosses frontales très saillantes ; état adénoïdien ;
Obs. 73. — Rachitisme constaté à 6 ans ; micropolyadénie ;
Obs. 99. — Rachitisme léger et passager à 13 mois ; troubles digestifs.

Il est remarquable que les cas les plus accentués aient été observés chez trois prématurés de la même famille, issus d'une mère qui est elle-même rachitique et chez qui on a pour cette raison provoqué l'accouchement. Nous nous sommes demandés déjà si cette femme n'était pas elle-même syphilitique héréditaire. L'état adénoïdien de l'un de ces enfants et des prématurés des observations 35 et 98 viendrait corroborer cette opinion de M. Gaucher (2) : « La scrofule dérive de l'infection chronique du rhinopharynx végétant, mais quelle

(1) Du Castel, *Recherches sur le rachitisme. La Réaction des organes lymphoïdes*. Thèse de Paris, 1909.

(2) E. Gaucher, *Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1905.

est la cause principale de ces végétations du cavum ? Cette cause est très souvent l'hérédité syphilitique (1) ».

2° *Rachitisme chez des prématurés tuberculeux.*

Obs. 56. — Rachitisme vu à 1 an persistant à 3 ans et demi ;

Obs. 57. — Rachitisme noté à 2 ans et demi, suspicion de tuberculose à 3 ans ;

Obs. 94 et 95. — Rachitisme noté à 18 mois, bronchopneumonie à rechute, toux coqueluchoïde suspecte, hérédité tuberculeuse. Chez l'un de ces enfants, la fontanelle n'était pas encore soudée à 2 ans et demi. Bosses frontales saillantes ;

Obs. 66. — Rachitisme constaté à 2 ans et demi ; accidents pulmonaires à rechutes ;

Obs. 10. — Rachitisme léger à 18 mois, retard de la croissance à cette époque ; tuberculose des sommets à 9 ans ;

Obs. 21. — Rachitisme à 26 mois, congestion pulmonaire suspecte, gros ventre avec circulation collatérale.

1. Faire de la scrofule un dérivé de la syphilis (avec l'état adénoïdien comme étape) est un retour aux doctrines classiques au début du siècle dernier. C'est plutôt par réaction contre ces doctrines que Devergie, puis Ricord attribuèrent une origine hybride à ces accidents, qu'ils qualifiaient, l'un de scrofulo-syphilides (Devergie, *Traité prat. des mal. de la peau*, 1834), l'autre de scrofulate de vérole. « La scrofule, disait plus nettement M. Fournier, n'a pas besoin de la syphilis pour exister ; mais la syphilis constitue un des affluents de la scrofule » (*Syphilis et Mariage*, 1880, p. 66). M. Sergent qui rapporte aussi des observations où « l'hérédo-syphilis ne se manifestait que sous les apparences du facies strumeux et de l'adénoïdite » (*Syphilis et Tuberculose*, 1907, p. 203), précise ainsi la nature hybride de la scrofule : « Nombre de manifestations tuberculeuses et particulièrement la scrofule (forme torpide, tendant aux localisations) ne se développent le plus souvent qu'à la faveur du terrain syphilitique. » L'observation 74 nous semble bien correspondre à cette interprétation.

3° *Rachitisme sans tuberculose ni syphilis décelées.*

Obs. 52. — Rachitisme à 1 an ; gros ventre ; l'enfant était en nourrice ;
Obs. 79. — Rachitisme à 20 mois ; gros ventre ;
Obs. 58. — Rachitisme léger constaté à 2 ans et demi ;
Obs. 92. — Rachitisme léger à 3 ans ;
Obs. 17. — Rachitisme à 18 mois, léger genu valgum à 2 ans et demi ; a guéri ;
Obs. 87. — Rachitisme à 19 mois ; pieds bots et mains botes ; hérédité suspecte.

Dans 3 autres cas (obs. 2, 93, 59), le rachitisme fut constaté à 13, 16 et 22 mois, mais son évolution ne put être suivie.

Deux cas de ce troisième groupe prêtent à discussion, l'hérédité étant suspecte ; dans l'un (obs. 87), une précédente grossesse s'était terminée par l'expulsion d'un enfant mort ; dans l'autre (obs. 17), aucune faute de régime ne semble avoir été commise ; le frère aîné, également rachitique, est adénoïdien et scrofuleux.

Dans une autre observation (obs. 75), le seul trouble de l'ossification était la persistance de la fontanelle à 2 ans et 10 mois ; des troubles d'un autre genre nous donneront l'occasion de la discuter.

Troubles nerveux. — Nous avons groupé sous ce titre, pour la commodité de leur étude, des troubles un peu disparates mais qu'on peut rattacher au système nerveux.

Intolérance gastrique. — L'alimentation des premiers jours est une des difficultés de l'élevage des prématurés débiles ; incapables de mouvements de succion suffisants, ils tettent mal et découragent les jeunes mères. En usant d'un tire-lait et en s'armant de patience, on vient à bout de cet

inconvénient qui n'est que passager. Après une ou deux semaines, la montée laiteuse est abondante, l'enfant réchauffé tette gloutonnement et il n'est pas rare qu'il régurgite le lait pris en excès. Tout autre est le trouble que nous avons observé chez 4 de nos prématurés ; pendant plusieurs mois, ils ont vomi régulièrement tout le lait qu'ils prenaient, ou peu s'en faut ; le fait était contrôlé au Dispensaire tous les 2 ou tous les 4 jours et il n'est pas douteux qu'avec une pareille surveillance (et de si fréquents dérangements) ces jeunes mères n'aient fait tout leur possible pour allaiter correctement leur enfant ; il faut donc admettre qu'il s'agissait d'une véritable intolérance gastrique, de nature spasmodique, telle qu'en pourrait déterminer une exulcération par exemple. La terminaison spontanée de ces accidents exclut en effet la possibilité d'une hypertrophie musculaire du pylore. L'usage de pepsine, de citrate de soude, une tentative d'allaitement mixte dans deux cas, ne furent suivis d'aucune amélioration. Des lavements de sérum artificiel furent administrés régulièrement, très bien tolérés et permirent d'attendre. L'état d'inanition de ces enfants était cependant très inquiétant. Dans un cas (obs. 75), les vomissements furent observés depuis 4 mois, âge auquel l'enfant fut présenté au Dispensaire, jusqu'à 7 mois et demi. Pendant ce laps de temps, *en trois mois et demi*, l'augmentation de poids fut de 200 gr. Puis les vomissements cessèrent spontanément et en 3 mois l'enfant regagna 1.600 grammes.

Dans un autre cas (obs. 69), l'accroissement fut de 500 gr. en 3 mois, les vomissements cessèrent à 4 mois ; dans un troisième cas (obs. 74), l'enfant augmenta de 200 grammes en 2 mois et demi ; les vomissements cessèrent à 3 mois et peu après apparurent les signes de l'hydrocéphalie.

Dans le dernier cas (obs. 24) l'accroissement fut de 500 gr. en 2 mois. Instruits cette fois par l'expérience, nous fîmes une réaction de Wassermann qui fut positive et les injections de biiodure de mercure immédiatement pratiquées ne

furent peut-être pas étrangères à la disparition des vomissements et à l'amélioration de l'état général.

Dans trois de ces observations la syphilis héréditaire est présente. Cette coïncidence impressionnante nous rend perplexes à propos de la 4e, bien que la réaction de Wassermann ait été négative. La naissance prématurée a-t-elle suffi à déterminer ces accidents, ainsi que le retard très marqué dans l'ossification du crâne ? Nous hésitons à le croire, bien que nous n'ayons pas d'autre explication à proposer.

Incontinence d'urine. — Elle est relatée dans 3 de nos observations. Deux concernent des prématurés syphilitiques. Dans l'observation 73, cette petite infirmité persiste à 3 ans; c'est la seule manifestation nerveuse que présente cet enfant chétif et hypotrophique, malgré le traitement antisyphilitique. Dans l'observation 99, l'incontinence persiste, diurne et nocturne, à 2 ans et 9 mois.

Dans la dernière observation (obs. 52) l'incontinence existe encore à 3 ans et 3 mois chez un enfant très au-dessous de la moyenne. La réaction de Wassermann n'a pas été faite et nous avons appris fortuitement le décès de l'enfant à 5 ans et demi. Aucun indice de syphilis n'ayant été noté chez lui, faut-il admettre que sa naissance prématurée est responsable de son incontinence ? C'est possible, mais là encore l'exemple des deux premiers cas est très impressionnant.

Maladie de Little [1]. — Nous n'avons observé aucun cas de maladie de Little parmi nos prématurés. Le seul que nous ayons relevé au Dispensaire concerne un enfant qui, très vraisemblablement, est né à terme et chez qui la réaction de Wassermann fut positive.

L'observation de cet enfant (Cha. Pierre, né le 4 mai 1907) a été publiée par M. Pierre Delbet (voir plus loin). L'hémiplégie spasmodique droite s'installa progressivement au cours de la troisième

(1) Little, Course of lectures on the deformities of the human frame. *Lancet*, 1843, I, p. 319.

année, après des crises convulsives qui se répétèrent à certains moments tous les deux ou trois jours. La réaction de Wassermann fut positive à 2 ans et demi et l'enfant soumis au traitement spécifique ; à 4 ans, il présentait encore de l'incontinence d'urines diurne. A 5 ans son état hémiplégique s'est plutôt aggravé contracture des membres, hémispasme facial droit). Il pèse 13.900 grammes, mesure 1 m. 002. Son état intellectuel est normal.

De ce fait isolé et de cette absence dans une série de prématurés, nous nous garderions cependant de tirer une conclusion si au cours de ces dernières années l'étiologie de la maladie de Little n'avait été remise en question et si la conception la plus généralement admise aujourd'hui ne correspondait à nos faits.

C'est Little lui-même, chirurgien anglais, qui, dans deux mémoires parus en 1843 et en 1862 où il décrivait la *congenital spastic rigidity of the limbs*, l'attribua à une anomalie de la parturition. Il incriminait surtout l'asphyxie produite chez l'enfant par un accouchement prolongé ou artificiel et les apoplexies capillaires qu'elle déterminait dans les centres nerveux, plus fragiles chez les prématurés. Plus tard, les accoucheurs (1), vérifiant la fréquence des hémorragies cérébro-méningées chez les prématurés, les rapportèrent au traumatisme de l'accouchement, qu'il s'agisse d'extraction artificielle ou seulement d'accouchement chez une primipare.

Entre temps, Brissaud (2) avait formulé sur la pathogénie de la maladie de Little une brillante hypothèse, adoptée ensuite par Van Gehuchten (3), mais qui ne fut pas confirmée par les faits anatomiques — le faisceau pyramidal n'é-

(1) Wallich, Recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né. *Ann. de Gynécologie*, mars, 1898. — Couvelaire, Hémorragie du système nerveux central des nouveau-nés dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux. *Ann. de Gyn. et d'Obstét.*, avril 1903.

(2) Brissaud, Maladie de Little et Tabes spasmodique. *Semaine médicale*, 1894, n° 12.

(3) Van Gehuchten, Faisceau pyramidal et maladie de Little. *Journ. de Neurologie*, 1896, p. 256.

tant pas encore myélinisé au moment de la naissance serait, chez l'enfant prématuré, dans de mauvaises conditions pour achever son développement.

Cependant, dès 1895, MM. Fournier et Gilles de la Tourette (1) défendaient la nature syphilitique de la maladie de Little ; ils invoquaient la fréquence de la syphilis chez les ascendants des malades. Plus récemment notre maître, M. Pierre Delbet (2), appliquait à 7 cas de maladie de Little le contrôle de la réaction de Wassermann et, les 7 fois, la réaction était positive. Mme Long-Landry (3), qui rapporte dans sa thèse 4 vérifications anatomiques personnelles, n'a trouvé « aucune lésion histologique caractéristique, mais, ajoute-t-elle, on se trouve en présence de processus inflammatoires éteints depuis longtemps, un examen qui ne porte que sur des résidus cicatriciels d'anciennes lésions est par cela même insuffisant ». — Elle conclut cependant au rôle prédominant des causes infectieuses, avec cette réserve qu'elles se combinent fréquemment aux causes mécaniques, — « ainsi coexiste une syphilis avec une naissance prématurée ».(p. 116).

Hémorragies cérébro-méningées. — Au cours de notre année d'internat à l'infirmerie de la Maternité, nous avons, sous l'inspiration de M. Dufour, recherché ces hémorragies à l'autopsie d'enfants débiles. Nous en avons constaté 4 sur une soixantaine d'autopsies.

1° 26 juillet 1909. — Prématuré au 9e mois. Mère Ipare, métrite; accouchement normal à Baudelocque (n° 1216), durée de la période d'expulsion, 1 heure ; poids de l'enfant 2.400 placenta, 600. L'enfant meurt le lendemain. On trouve à l'autopsie une vaste hémorragie

(1) Fournier et Gilles de la Tourette, la Notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little. *Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.

(2) Pierre Delbet, *Presse médicale*, 16 avril 1910.

(3) Mme Long-Landry, *la Maladie de Little*. Thèse de Paris, 1911.

méningée. A droite la scissure de Sylvius est très large ; à l'ouverture du ventricule latéral droit qui communique largement avec le canal épendymaire dilaté, on constate sur le plexus choroïdien une lésion de teinte ocreuse avec des infarctus de la grosseur d'un grain de chènevis. Foie silex pesant 168 grammes.

2° 20 septembre 1909. — Prématuré né de mère tuberculeuse au 7e mois. Hématome sous duremérien au niveau de la fosse temporale gauche.

3° 20 octobre 1909. — Prématurée, 1.800 grammes, morte à 4 jours. Gros caillots infiltrent la pie-mère à la face externe de l'hémisphère gauche, à la base du cerveau et du cervelet.

4° 25 mars 1910. — Débile, probablement prématurée. Hémorragie cérébrale intéressant le noyau caudé et un peu du noyau lenticulaire à gauche ; hémorragie méningée concomitante.

Ces constatations confirment celles de M. Couvelaire et des faits qui sont d'ailleurs connus depuis longtemps. En 1890, M. Richardière (1), rapportait 3 cas d'hémorragie méningée chez des enfants de 2.900, 2.770 et 1.250 grammes, hémorragie découverte à l'autopsie et qu'il attribuait, suivant les idées régnantes, au traumatisme de l'accouchement. « L'hémorragie méningée du nouveau-né, disait-il, pourrait bien n'être qu'une véritable bosse séro-sanguine intracranienne. » Cliniquement ces hémorragies doivent être souvent méconnues, chez les débiles surtout, et la mort attribuée à l'asphyxie au cours du travail, ou bien à la faiblesse congénitale si elle survient plus tard. M. Devraigne (2) a montré le parti que l'on pouvait tirer de la ponction lombaire dans ces cas d'asphyxie apparente.

A côté de ces hémorragies mortelles, d'autres « peuvent s'organiser et se réparer, et dans certains cas des séquelles plus ou moins fâcheuses peuvent en être la conséquence

(1) Richardière, Étude médico-légale sur les hémorragies méningées chez les nouveau-nés. *Médecine moderne*, 23 octobre 1890.

(2) Devraigne, *Soc. obstétricale de France*, 7 avril 1904.

chez l'enfant et jusque chez l'adulte (1) ». Ceci nous ramène à la conception mécanique des lésions nerveuses chez les prématurés, depuis celles qui donnent lieu au syndrome de Little jusqu'à celles qui aboutissent aux dégénérescences intellectuelles.

Nous lui objecterons cependant que dans tous ces cas la syphilis n'a pas été recherchée et, sans prétendre qu'elle soit toujours en cause, nous soutiendrons que l'épendymite syphilitique pourrait bien prédisposer certains prématurés aux hémorragies méningées dont le traumatisme obstétrical, plus tard peut-être le refroidissement, seraient la cause occasionnelle. Cette épendymite nous avons cru la déceler dans le premier des cas que nous venons de rapporter. La réaction de Wassermann pratiquée chez les mères dont les enfants succombent ainsi au cours de l'accouchement, pourrait démontrer l'exactitude de notre hypothèse.

Hydrocéphalie. — Celle-ci est bien une manifestation de l'épendymite, qu'elle soit ou non syphilitique. Nous en avons relevé trois cas dans notre série de prématurés ; dans deux cas la réaction de Wassermann put être faite et fut positive (obs. 74, 100).

Dans l'observation 74, l'hydrocéphalie notée à 7 mois mit sur la voie du diagnostic que vérifia la réaction de Wassermann ; elle augmenta malgré le traitement mercuriel institué. A la même époque, il est vrai, l'existence d'une toux coqueluchoïde persistant après une broncho-pneumonie fit craindre chez cet enfant l'association à la syphilis de la tuberculose. La constatation à 20 mois d'adénite cervicale plaiderait aussi en faveur de ce diagnostic. Le mercure et l'arsenic ont, à la longue, permis à cet enfant de guérir de tous ces accidents qu'atteste, seule, aujourd'hui la déformation du crâne.

Dans l'observation 100, l'hydrocéphalie dont nous n'avons

(1) Wallich et Frühinsohlz, *loc. cit.*, p. 17.

pu observer le début s'accompagne de crises convulsives. M. Marfan, à qui l'enfant fut montrée à 2 mois, prescrivit un traitement mercuriel. Il fut continué depuis avec de courtes interruptions et à 18 mois la déformation du crâne reste stationnaire, mais le développement, aussi bien intellectuel que physique, de l'enfant semble très compromis.

Une dernière observation (obs. 34) est antérieure à la réaction de Wassermann ; aucun indice ne permit de penser à la syphilis, sauf peut-être l'excès de liquide amniotique, noté à la Maternité. L'hydrocéphalie fut constatée à 6 mois et à la même époque la santé de l'enfant fut altérée par une coqueluche suivie de bronchites fréquentes ; l'abaissement de poids de 6 mois à 1 an en témoigne suffisamment. Spontanément ou sous la seule influence d'une bonne hygiène, l'état général s'améliora en même temps que l'hydrocéphalie régressait. A 8 ans et demi il eût été impossible d'en faire rétrospectivement le diagnostic.

Il est difficile d'interpréter ces faits sans faire une large part à la syphilis dont les rapports avec l'hydrocéphalie sont d'ailleurs établis (1).

Déficit intellectuel. — Sans avoir la témérité d'entreprendre une étude psychologique de nos prématurés, nous avons interrogé un certain nombre de mères sur l'époque à laquelle leur enfant avait commencé à parler. Nous n'avons enregistré de retard à ce point de vue que dans 3 observations. L'une (obs. 99) concerne un jumeau sur les troubles nerveux duquel nous avons précédemment insisté ; l'enfant n'a parlé qu'à 2 ans et parvient difficilement à se faire comprendre ; il s'agit encore, on le remarquera, d'un syphilitique. Les deux autres (obs. 95 et 96) sont celles de deux jumeaux dont le développement physique est des plus médiocres. Chez eux la dysarthrie est très accentuée à 5 ans et demi ; à cause

(1) Gaucher, Leçon de l'hôpital Saint-Louis. *Progrès médical*, 23 septembre 1911, p. 460.

d'elle, ces enfants qui fréquentent l'école maternelle sont tenus à l'écart par leurs petits camarades. Peut-on mettre cette infériorité sur le compte de la naissance prématurée ? Ces deux enfants sont issus d'un père tuberculeux et tuberculeux eux-mêmes. D'autre part, le poids de leur placenta (1.150 grammes), leur habitus, leurs bosses frontales saillantes, évoquent l'idée de la syphilis héréditaire au point que ces enfants ont été traités comme tels avant que la réaction de Wassermann ait été pratiquée. Elle a été négative. Est-ce l'occasion de rappeler avec M. Levaditi, que « tous les expérimentateurs ont eu au moins un cas d'hémolyse complète avec un sérum de syphilitique avéré sans qu'on puisse en expliquer la cause (1) » ? A nos yeux, le cas reste suspect et d'ailleurs ces enfants sont incontestablement trop infectés pour qu'on puisse en tirer argument contre la naissance prématurée.

Une enfant prématurée, vue au Dispensaire en 1901, est ultérieurement entrée à l'hospice de Bicêtre pour épilepsie ; elle y est morte à 7 ans et demi ; (obs. 1). L'observation est muette sur les antécédents et la syphilis n'a pas été spécialement recherchée. Nous ne saurions donc, avec d'aussi maigres documents, discuter des rapports de la naissance prématurée avec l'épilepsie et les dégénérescences intellectuelles. Mais M. Cramouzaud-Donnarieix, s'étant livré, sous l'inspiration de M. Wallich, à une enquête intéressante sur les prématurés actuellement en traitement à l'hospice de Bicêtre, nous a donné l'idée d'une contre-enquête. Comme lui, nous avons fait appel à la bienveillance de M. Nageotte et, dans son service, avec la collaboration de son interne Legrain et de notre ami Demanche, nous avons pratiqué la réaction de Wassermann chez 13 infirmes psychiques. Les résultats se décomposent ainsi, conformément aux indications de technique que nous avons données p. 37.

(1) Levaditi in thèse de Beaussart. Paris, 1909, p. 80.

NUMÉRO D'ORDRE in thèse Cramouzaud	NOM	AGE	INFIRMITÉ	TECHNIQUE DE HECHT	TECHNIQUE CLASSIQUE
11	Fra...	18 ans	Imbécile	++	
21	Tou...	17 — 1/2	Imbécile	0 1/2	0 1/2
19	Rey...	17 —	Imbécile	0 +	0 1/2 faible
5	Del...	16 —	Idiot	++	
13	Le Pa...	16 —	Epileptique	0 1/2	00
17	Nau...	16 —	Incontinence d'urine	00	
7	Dod...	15 —	Epileptique	++	
3	Big...	13 —	Imbécile	0 1/2	
22	Vay...	12 — 1/2	Mal. de Little	00	
12	Gib...	9 —	Arriéré	++	
4	Chol...	8 —	Arriéré	1/2 +	
15	Limp...	8 —	Imbécile	0 1/2	00
16	Mor...	3 —	Imbécile	00	

En résumé, 5 réactions furent positives, 5 douteuses, 3 franchement négatives. A notre avis ces réactions douteuses sont plutôt en faveur de la syphilis, car il ne faut pas s'attendre chez des sujets déjà grands, dont les lésions sont probablement éteintes, à trouver habituellement des réactions franchement positives ; à cet égard, l'usage parallèle des deux techniques semble témoigner de la plus grande sensibilité de celle de Hecht. Si nous nous bornons aux résultats sûrs, notre petite statistique accuse déjà une proportion de syphilitiques de 38,4 p. 100.

Tous ces enfants étaient nés avant terme, comme l'a établi rétrospectivement et au prix de beaucoup de peine M. Cramouzaud-Donnarieix. Remarquant en outre que 53,3 p. 100 de ces enfants étaient des premiers-nés, il invoque le traumatisme obstétrical pour expliquer leurs lésions nerveuses. Chez ceux de ces prématurés dont nous avons pu mettre en évidence la syphilis, il nous concédera que les lésions sont plus vraisemblablement liées à l'infection syphilitique.

Nos résultats ne font d'ailleurs que confirmer ceux d'une enquête plus importante entreprise en 1908, dans les asiles

d'Armentières et de Bailleul (Nord), par les internes de ces asiles (1). Chez 158 idiots ou semi-idiots la réaction de Wassermann fut 48 fois positive (30,3 p. 100). Chez 88 imbéciles, elle fut 28 fois positive (31,8 p. 100). Ainsi le tiers environ de ces enfants arriérés sont à coup sûr des syphilitiques héréditaires. Outre l'intérêt social que présente une telle constatation, elle prouve qu'on ne saurait être trop prudent en incriminant chez ces enfants leur naissance prématurée.

Chez ces mêmes enfants, les auteurs que nous venons de citer ont relevé aussi « les signes physiques que nous avons appris à connaître comme stigmates de la syphilis héréditaire ». Leur fréquence était la suivante chez 68 sujets à réaction positive.

Strabisme	27 fois
Epilepsie	20 —
Tibias en lame de sabre . . .	7 —
Surdité	7 —
Front olympien	6 —
Déformations dentaires. . . .	4 —
Nez en lorgnette.	4 —
Kératite	4 —

Ainsi chez ces enfants tarés eux-mêmes, la triade d'Hutchinson est-elle rare. On comprendra pourquoi nous n'avons pas eu à la mentionner chez nos prématurés. Par contre, le STRABISME prend ici une importance singulière.

L'état névropathique qui, d'après les ophtalmologistes (2), prédispose au strabisme est-il sous la dépendance de la syphilis ? et ce signe dont la constatation est si facile pourrait-il devenir révélateur ? Nous avons relevé chez nos prématurés 6 cas de strabisme ; la réaction de Wassermann

(1) MM. RAVIART, BRETON, PETIT, CANNAC et GAYET, *Soc. de Biologie*, 29 février 1908. *Presse médicale*, 1908, n° 71.

(2) TERRIEN, *Pratique des maladies des Enfants*, VII, p, 448.

put être pratiquée 4 fois, elle fut 2 fois positive (obs. 99, obs. 42) et 2 fois négative (obs. 11, obs. 76). Des deux derniers cas, l'un concerne le frère d'un hérédo-syphilitique et la syphilis est donc encore probable chez lui (obs. 38), la mère de ces enfants était également strabique. Si donc le strabisme peut éveiller un soupçon de syphilis, il n'en est pas la signature.

Dysplasies. — « Pour certains observateurs, enseignait M. Fournier (1), pour M. Lannelongue par exemple, et pour moi-même, l'hérédité syphilitique pourrait servir d'origine à diverses malformations congénitales, telles que malformations des membres, pied bot, spina-bifida, bec-de-lièvre, division de la voûte palatine, asymétrie cranienne... le fait est, je crois, en voie de démonstration. » Récemment, M. Pierre Delbet (2), commentant deux observations de division congénitale du voile et une autre d'angiome diffus dans lesquelles la réaction de Wassermann s'était montrée positive, concluait : « Je ne dis pas que toutes les lésions ou malformations congénitales sont syphilitiques. Mais ces faits précis prouvent que la syphilis est une grande cause de malformations. Si elle est souvent dystrophique, troublant la nutrition, elle peut être aussi aplasique ou dysplasique, c'est-à-dire qu'elle peut empêcher ou troubler l'évolution de l'œuf et du fœtus. »

Nous avons observé 2 cas de malformations chez des prématurés, d'ailleurs décédés depuis. L'un qui présentait une fissure palatine incomplète ne put être suivi (obs. 145). Chez l'autre, porteur d'un bec-de-lièvre et d'une division complète de la voûte et du voile, opéré par M. Broca à l'âge de 4 mois, la réaction de Wassermann fut positive (obs. 185),

(1) Fournier, Leçon de l'hôpital Saint-Louis, in *Bulletin médical*, 1889, p. 691.

(2) Pierre Delbet, la Syphilis dysplasique. *Presse médicale*, 16 avril 1910.

l'hérédité de cet enfant était peut-être chargée encore de l'alcoolisme et du saturnisme possible du père.

De même dans le seul cas de pied bot qu'il nous a été donné de constater chez nos prématurés, la profession du père l'exposait encore au saturnisme. Toutefois, en l'absence de réaction de Wassermann, nous n'en conclurons rien.

Deux cas de nævus figurent dans nos observations ; l'un s'accompagnait d'une réaction de Wassermann positive (ob. 61), l'autre de pemphigus (ob. 140).

Hernies. — Le canal vagino-péritonéal, voie des hernies inguinales dites congénitales, est habituellement perméable lors de la naissance et son obturation n'a lieu qu'au cours des premiers mois. L'état anatomique est-il chez les prématurés plus favorable encore aux hernies ? La fréquence avec laquelle nous l'avons rencontrée chez nos prématurés tendrait à le prouver. Nous avons relevé 13 cas de hernie inguinale et parmi les enfants suivis au delà d'un an, mieux observés par conséquent, la fréquence est de 6 p. 100. Le pronostic en fut d'ailleurs bénin. Un de ces enfants dut être opéré à 3 ans (obs. 5) ; un autre doit l'être prochainement, à 3 ans et demi (obs. 73). Nous avons également noté 2 cas de kyste du cordon et 4 de hernie ombilicale à laquelle les prématurés seraient plus exposés, d'après Lacasse (1), à cause de la faiblesse de leurs muscles. Cette proportion est cependant trop voisine de la normale (2) pour que nous formulions une conclusion à ce sujet.

Indications thérapeutiques. — Si les troubles nerveux constatés chez les prématurés peuvent être interprétés comme des manifestations de la syphilis héréditaire dans presque tous les cas, sont-ils justiciables du traitement antisyphilitique ? Nous avons vérifié que l'on ne pouvait en attendre

(1) R. Lacasse, *Hernies ombilicales dites congénitales.* Thèse de Paris, 1906.
(2) 2,8 p. 100 dans le service de consultation de M. A. Broca en 1905, *ibid.*

les résultats rapides et complets qu'il donne lorsqu'il est appliqué aux manifestations dites spécifiques. Jugée avec le recul nécessaire, son action nous paraît cependant certaine. Rapide, frappante dans les observations 24, 74, 99, elle est lente, à peine sensible dans les observations 73 et 100. Nous ignorons pourtant quel eût été le sort de ces enfants privés de ce secours, comme nous ignorons ce qu'eussent été d'autres de nos prématurés si le diagnostic de syphilis avait été porté plus tôt. Le mode de ce traitement (frictions et injections mercurielles, arsenic par voie interne) était-il suffisant? Faut-il surtout le prolonger avec persévérance ? nous le croyons plus volontiers.

« La conception de l'hérédité syphilitique, dit M. Gastou (1), comme celle de la parasyphilis, est funeste, parce que contraire à la thérapeutique. » Tout comme chez les tabétiques, ajouterons-nous, l'existence de réactions de Wassermann positives chez les dystrophiques issus de syphilitiques doit nous faire supposer (sans en être la preuve absolue) que l'infection syphilitique existe encore chez eux et qu'appliquer le traitement antisyphilitique, c'est parer à de nouvelles lésions et peut-être faire régresser celles qui existent déjà.

Le traitement des générateurs nous permet de plus grandes espérances. Les progrès réalisés au cours de ces dernières années dans le diagnostic et le traitement de la syphilis se traduiront peut-être, sinon par une diminution dans la fréquence des accouchements prématurés, du moins par la disparition de ces infirmes intellectuels qui peuplent nos asiles. Nous avons expliqué pourquoi il nous était impossible, au Dispensaire, de recevoir les aveux des pères, mais il est fort probable, que ceux dont les enfants présentaient ces troubles morbides, n'avaient pas « purgé leur peine thérapeutique (2) ».

(1) Gastou, Communication au *Congrès de Lisbonne* (section de syphiligraphie), avril 1906.

(2) Queyrat, *loc. cit.*

CHAPITRE VI

Mortalité des prématurés.

Nous ignorons quel est actuellement le taux de la mortalité parmi les 205 enfants prématurés dont nous avons relevé les observations. Certains ont disparu depuis de longues années, quelques-uns n'ont été présentés qu'à quelques consultations consécutives. Combien de ceux-là sont morts ? combien sont vivants ? Aucune évaluation n'est possible. Particulièrement intéressés par le sort d'un de ces enfants chez qui nous avions fait une réaction de Wassermann à 3 mois et qui avait disparu à cette époque nous avons cherché sa trace sur les registres de l'Hôpital des Enfants-Malades, et particulièrement sur celui des décès. Cette enquête ayant été infructueuse, nous découvrîmes que la mère de cet enfant recevait une subvention du bureau de bienfaisance et là, comme on le pense, elle n'avait pas disparu. En possession de sa véritable adresse, nous lui demandâmes par lettre ce qu'était devenu son enfant. Quelle ne fut pas notre surprise quand elle nous le ramena, à 14 mois et demi et dans un état presque satisfaisant !

Aucun calcul de probabilité ne permet donc de déterminer la mortalité dans la clientèle d'un Dispensaire et les pourcentages optimistes que l'on publie parfois à cet égard

nous confirment par leur invraisemblance même dans cette opinion.

Pour tourner cette difficulté, M. Bresset a eu la patience de s'enquérir pendant une année auprès de toutes les mères qui présentaient un enfant au Dispensaire, du nombre de leurs grossesses et du sort de leurs enfants. Il est possible ainsi de connaître le rapport de la natalité et de la mortalité infantile dans la population d'un quartier (1). En procédant de même, on pourrait tenter de connaître plus spécialement le sort des prématurés. Mais pour ajouter foi au dire des mères, en matière d'accouchement prématuré, il faudrait une confiance que nous n'avons plus.

S'ensuit-il que nous n'ayons aucun indice sur ce que peut être la mortalité chez les prématurés parmi la population qui fréquente le Dispensaire ? Un raisonnement simple va nous le faire entrevoir.

Les statistiques des Maternités nous renseignent très exactement sur la proportion des accouchements prématurés. Sur 5.000 accouchements de la clinique Baudelocque, de 1904 à juillet 1906, cette proportion était de 33,9 p. 100 (2). D'autre part, il est établi une fiche individuelle pour tout enfant amené au Dispensaire et nous avons parcouru pour y relever les prématurés les fiches de 4.161 nourrissons inscrits de janvier 1898 à janvier 1912. Nous en avons retrouvé 205. Et même en tenant compte des cas embarrassants que nous devions éliminer faute de pouvoir affirmer la naissance prématurée, cette proportion (4,9 p. 100) est singulièrement inférieure à la précédente. Leur différence indique approximativement celle des prématurés morts en très bas âge.

En nous tenant aux 37 décès que nous avons pu connaître la répartition de ces décès dans chaque groupe de prématurés est des plus instructive.

(1) Voir Monory, *Étude sur la mortalité infantile.* Thèse de Paris, 1906.
(2) Séropian, Thèse de Paris, 1907, p. 28.

	Enfants inscrits	Décès connus	
Gr. A et A'. De 1.500 à 2.000 gr.	6	4	soit 66,6 0/0
Gr. B et B'. De 2.000 à 2.500 gr.	53	8	— 16,9 0/0
Gr. C et C'. De 2.500 à 3.000 gr.	114	9	— 7,8 0/0
Gr. D et D'. Jumeaux.	31	15	— 48,3 0/0

La mortalité très élevée des groupes A et A', jointe à cette considération que nous avons retrouvé bien peu d'enfants de cette catégorie, nous confirme dans notre opinion que la survie d'enfants pesant à la naissance moins de 2.000 grammes est, dans la classe ouvrière, exceptionnelle.

La mortalité des jumeaux est également considérable; comme l'avait déjà établi l'enquête de M. Pointin (1) (44,1 p. 100). Nous avons suffisamment insisté sur les causes qui l'expliquent. Loin d'être l'indice d'une fécondité réjouissante, la grossesse gémellaire, où l'accouchement à terme est l'exception, a donc une signification suspecte et un fâcheux pronostic.

Les causes que nous avons pu connaître de ces décès sont diverses. L'athrepsie syphilitique, la débilité congénitale y sont représentées à côté de causes banales comme la broncho-pneumonie, la rougeole, la méningite tuberculeuse. Sans doute, des décès qui nous sont restés inconnus devraient-ils allonger cette liste.

Nous remarquerons toutefois que le Dispensaire, qui évite les dangers de contagion inhérents à l'hospitalisation tout en permettant une surveillance médicale suffisante, est un milieu particulièrement favorable aux prématurés.

(1) P. Pointin, *loc. cit.*

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATIONS

Les numéros matricules correspondent à ceux des fiches du Dispensaire de la Caisse des Écoles du VII[e] arrondissement, 1, rue Oudinot.

Ces observations sont ainsi classées :

Groupe A, enfants pesant moins de 2.000 gr. à la naissance, suivis au-delà d'un an.

Groupe A′, enfants pesant moins de 2.000 gr. à la naissance, suivis moins d'un an.

Groupe B, enfants pesant moins de 2.500 gr. à la naissance, suivis au delà d'un an.

Groupe B′, enfants pesant moins de 2.500 gr. à la naissance suivis moins d'un an.

Groupe C, enfants pesant moins de 3.000 gr. à la naissance, suivis au delà d'un an.

Groupe C′, enfants pesant moins de 3.000 gr. à la naissance, suivis moins d'un an.

Groupe D, enfants jumeaux, suivis au delà d'un an.

Groupe D′, — — — moins d'un an.

GROUPE A

Obs. 1. — Ba., Claire (2527 B).

Née le 24 septembre 1900, pesant moins de 2.000 gr. (renseignement fourni par la mère), mise en couveuse à la Maternité.

Inscrite au Dispensaire à 11 mois, pesant 4.720 gr. ; à 1 an 4.820. Allaitement au sein.

Décédée à 7 ans et demi, à l'hospice de Bicêtre, où elle était entrée pour épilepsie.

Obs. 2. — Al., Marcelle (8491 B).

Ascendance : Mère âgée de 37 ans, ménagère, Vpare, 1893, accouchement au 8e mois d'un mort-né. 1894, accouchement d'un enfant vivant. 1895, opération de salpingite. 1901, accouchement prématuré d'un enfant mort le 9e jour. 1902, accouchement d'un enfant vivant. Dernières règles du 14 au 18 août 1906.

Née le 23 mars 1907 à la clinique Baudeloçque (476), siège. Pesant 1.900 gr., placenta, 400 gr. Élevée en couveuse 2 mois ; à 6 mois, 6.000 gr.

Allaitement au sein 6 mois et demi. Inscrite au Dispensaire à 8 mois, pesant 6.500 gr. ; eczéma ; première dent à 9 mois et demi ; broncho-pneumonie à 1 an, 7.100 gr. ; rachitisme noté à 13 mois et demi. Vivante à 4 ans.

Obs. 3. — Fa., Marie (9208 B).

Ascendance : Mère 26 ans, Ipare. Dernières règles 12-15 juillet. Rapports sexuels le 13 mars.

Née le 14 mars 1908, à Boucicaut (234), pesant 1.900 gr.

Placenta, 650 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi, pesant 2.930 gr. Hernie ombilicale. Biberon.

A 18 mois, 6.970 gr. ; 4 dents ; à 26 mois, 8.250 gr. ; 12 dents, broncho-pneumonie.

Décédée à 26 mois.

Obs. 4. — Cham., Germaine (1614 C).

Ascendance : Mère 28 ans. IVpare, 3 avortements. Dernières règles,

26 septembre. A été mise au traitement antisyphilitique dès le début de sa grossesse par M. Sauvage; le 18 juin, grosse albuminurie avec œdèmes.

Née le 25 juin 1906, à la clinique Baudelocque (1081), pesant 1.800 gr.

Taille, 0 m. 44. Placenta, 320 gr. Mise en couveuse 3 semaines ; en nourrice à 6 mois.

Inscrite au Dispensaire à 5 ans et demi, 13.600 gr. ; taille, 1 m.018. Périmètre thoracique, 0 m. 52, diamètre transversal du thorax, 0 m. 164.

Bronchite suspecte, dos velu.

GROUPE B

Obs. 5.— Ra., Jean (7147 A).

Ascendance : Mère IIpare. Dernières règles, 9-14 mars, albumine.

Né le 15 décembre 1897 à Saint-Antoine, pesant 2.350 gr.

Placenta, 320 gr.

Inscrit au Dispensaire à 6 semaines, 3.030 gr. ; allaitement au biberon, défectueux.

A 6 mois, 5.200 gr. ; à 1 an, 6.830 gr. Hernie inguinale droite ; cure radicale en 1900. Diphtérie à 4 ans ; à 5 ans, 13.300 gr., taille, 0 m. 965 ; à 8 ans, 17.700 gr. ; suspect de tuberculose ; à 9 ans, 19.700 gr. ; à 12 ans, 24.450 gr., taille, 1 m. 311, périmètre thoracique, 0 m. 625 ; diamètre transversal, 0 m. 197 ; la réaction de Wassermann est négative.

A 14 ans, 29.950 gr. ; taille, 1 m. 413 ; périmètre thoracique, 0 m. 68 ; diamètre transversal, 0 m. 203, légère scoliose.

Obs. 6. — Tho., Léon (7856 A).

Ascendance : Mère Ipare ; un accouchement prématuré ultérieur.

Né le 2 août 1897.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois, pesant 2.200 gr. ; débile, sclérème, ictère ; allaitement au biberon, pas de dent à 1 an ; à 6 mois, 5.020 gr. ; mal de Pott dorso-lombaire.

A 1 an, 7.500 gr. ; à 15 mois et demi, 8.900 gr. Vivant à 7 ans

Obs. 6 *bis*. — Tho Hélène (558 B).

Sœur du précédent.

Née le 10 juillet 1899.

Inscrite au Dispensaire à 7 jours pesant 2.480 gr. ; à 5 mois, 5.900 gr.

Vivante à 6 ans.

Obs. 7. — Ba., Berthe (75 B).

Mère Ipare, 1 accouchement prématuré ultérieur.

Née le 18 janvier 1899, pesant 2.470 gr.

Inscrite au Dispensaire à 14 jours, pesant 3.150 gr. ; allaitement au biberon, 4 dents à 1 an, 12 à 2 ans. A 6 mois, 5.738 gr. ; à 1 an, 7.550 gr. ; à 18 mois, 9.000 gr. ; à 2 ans, 9.480 gr. ; marche à 16 mois.

Broncho-pneumonie à 1 an.

A 4 ans, 11.700 gr. ; taille, 0 m. 88.

A 10 ans, 19.800 gr. ; taille, 1 m. 18 ; périmètre thoracique, 0 m. 56 ; diamètre transversal, 0 m. 184.

A 13 ans, 24.400 gr. ; taille, 1 m. 295 ; périmètre thoracique, 0 m. 635 ; diamètre transversal, 0 m. 194.

Obs. 8. — Fau., Éliane (9578 B).

Sœur de la précédente.

Née le 5 janvier 1909.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, pesant 2.780 gr. ; débile, T. 36°. Allaitement au sein, mixte jusqu'à 26 mois ; mal soignée, la tête graissée avec du beurre. Diarrhées, bronchites ; 4 dents à 10 mois ; à 6 mois, 6.180 gr. ; à 10 mois, 7.220 gr. ; marche à 15 mois.

Revue à 3 ans, convalescente de diphtérie et croup.

Poids, 11.650 gr. ; taille, 0 m. 865 ; périmètre thoracique, 0 m. 48 ; diamètre transversal, 0 m. 156.

Obs. 9. — Ghi., Geneviève (391 B).

Mère IIpare, l'aînée à terme.

Née le 10 mai 1899, pesant 2.200 gr.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, pesant 2.650 gr. ; taille, 0 m. 475 ; ictère ; allaitement au sein 6 mois et demi, mixte jusqu'à 17 mois.

A 6 mois, 6.150 gr. ; à 1 an, 7.500 gr. ; 1 dent ; à 18 mois, 8.700 gr., 6 dents. Érythème noueux à 2 ans et demi ; coqueluche à la même époque.

A 3 ans, 11.600 gr., 18 dents ; à 4 ans, oreillons ; à 5 ans, 15.150 gr.

A 11 ans, 30.000 gr. ; taille, 1 m. 334 ; périmètre thoracique, 0 m. 68 ; diamètre transversal, 0 m. 193.

Obs. 10. — Voi., Georgette (1189 B).

Ascendance : Mère Ipare, un enfant à terme ultérieurement.

Née le 8 mars 1900.

Inscrite au Dispensaire à 3 semaines, pesant 2.070 gr., débile ; injections sous-cutanées de sérum artificiel tous les jours jusqu'à 5 semaines, 2.460 gr. à cette époque. Allaitement mixte ; à 6 mois, 6.200 gr. ; première dent à 10 mois ; à 1 an 8.420 gr., 4 dents.

A 18 mois, 9.100 gr., 12 dents ; marche à 19 mois et demi ; à 2 ans, 9.450 gr., 18 dents ; rachitisme léger ; coqueluche.

A 3 ans, 11.550 gr. ; à 4 ans, 12.200 gr.

A 9 ans, 16.400 gr. ; taille, 1 m. 144 ; périmètre thoracique, 0 m. 495 ; diamètre transversal, 0 m. 161. Suspecte de tuberculose, inspiration rude aux sommets, dos et bras velus.

A 12 ans, vivante à la campagne.

Obs. 11. — Pay., Juliette (1484 B).

Ascendance : Mère, 36 ans, XIIpare, 8 enfants décédés dont un prématuré, une grossesse ultérieure à terme.

Née le 11 août 1900.

Inscrite au Dispensaire à 3 jours, pesant 2.100 gr., débile. T. 36°5.

Allaitement au sein 1 mois, puis mixte ; à 6 mois, 5.330 gr. ; première dent à 9 mois et demi.

A un an, 7.950 gr., 6 dents ; emmenée en province.

Revue à 8 ans, 19.600 ; taille, 1 m. 147 ; à 9 ans et demi, 23.520 gr., strabisme.

La réaction de Wassermann, faite le 7 avril 1910, est négative.

A 11 ans, 25.600 gr. ; taille, 1 m. 309 ; périmètre thoracique, 0 m. 62 ; diamètre transversal, 0 m. 192.

A 11 ans et demi, 27.900 gr. ; taille, 1 m. 332 ; périmètre thoracique 0 m. 625 ; diamètre transversal, 0 m. 20.

A 11 ans et 9 mois, 28.400 gr.

Obs. 12. — Hu., Albert (4006 B).

Ascendance : Mère IVpare, 1 avortement, les autres décédés.

Né le 4 septembre 1912 à la Charité, pesant 2.250 gr.

Inscrite au Dispensaire à 4 mois, pesant 3.470 gr. Allaitement au sein 3 mois, mixte jusqu'à 18 mois ; à 6 mois, 4.280 gr. Hernie inguinale double.

Revu à 2 ans, 9.030 gr. Suspect de tuberculose et de syphilis, hernie droite volumineuse.

Obs. 13. — Pai., Adrienne (4182 B).

Ascendance : Mère Ipare ; premiers rapports le 3 juillet ; dernières règles fin juillet.

Née le 4 avril 1903.

Inscrite au Dispensaire à 3 semaines, pesant 2.290 gr. Allaitement au sein 11 mois, mixte jusqu'à 17 mois, suralimentation. Première dent à 9 mois, 11 à 18 mois.

A 6 mois, 8.250 gr. ; à 18 mois, 10.800 gr. ; à 2 ans, 11.200 gr. Marche à 14 mois et demi. Hernie inguinale droite notée à 19 mois et demi. Pneumonie à 2 ans et 3 mois. Bronchites fréquentes ensuite. Alimentation toujours défectueuse.

A 2 ans et demi, 12.400 gr. ; à 4 ans, 13.350 gr.

Coqueluche à 4 ans et 9 mois ; à 5 ans, 16.850 gr.

A 6 ans, 18.250 gr. ; taille, 1 m. 075 ; périmètre thoracique, 0 m. 55 ; diamètre transversal, 0 m. 168.

A 8 ans et 7 mois, 24.170 gr. ; taille, 1 m. 178 ; périmètre thoracique, 0 m. 62 ; diamètre transversal, 0 m. 183.

A 9 ans, 24.350 gr. ; taille, 1 m. 226 ; périmètre thoracique, 0 m. 60 ; diamètre transversal, 0 m. 183.

Bonne santé apparente malgré l'amaigrissement.

Obs. 13 *bis*. — Jos., Yvonne (7918 A).

Ascendance : Mère 23 ans, Ipare, l'aîné mort de méningite à 16 mois.

Née le 1er août 1898, au 8e mois de la grossesse.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines, pesant 2.600 gr. Allaitement au sein.

Revue à 7 mois, 4.000 gr. Mise en nourrice. Décédée à 22 mois.

Obs. 14. — Jos., Robert (4470 B).

Frère de la précédente. La mère a eu ultérieurement une enfant à

terme qui est tuberculeuse et dont la réaction de Wassermann a été négative.

Né le 23 mai 1903 à la clinique Tarnier (610) pesant 2.150 gr. Placenta, 330.

Inscrit au Dispensaire à 4 mois : 3.430 gr. Allaitement au sein 4 mois, mixte jusqu'à 9 mois ; à 6 mois 4.670 gr. ; à 9 mois 5.510 gr.

Revu à 3 ans et 7 mois : 7.710 gr. 4 dents, ne marche pas.

Vivant à la campagne à 4 ans.

Obs. 15. — Cho., Renée (4593 B).

Ascendance : Mère VIpare.

Né le 20 octobre 1903 à la clinique Tarnier pesant 2.300 gr. Au 7e mois de la grossesse.

Inscrite au dispensaire à 1 mois : 2.550 gr. Allaitement au sein 10 mois, mixte jusqu'à 14 mois.

Première dent à 14 mois. A 1 an, 7.730 gr. Marche à 16 mois.

A 3 ans et 4 mois, 12.700 gr. Taille, 0 m. 87. Décédé à 3 ans et demi.

Obs. 16. — Le., Georges (5600 B).

Ascendance : Mère Ipare, pas de fatigue. Dernières règles 1-3 février.

Né le 10 octobre 1904 à la clinique Baudelocque pesant 2.390 gr. ; placenta, 450.

Taille à la naissance, 0 m. 46.

Inscrit au dispensaire à 5 semaines : 2.930 gr. Allaitement au sein 1 an ; à 6 mois, 5.570 gr.

Coqueluche à 8 mois. Sevrage défectueux, gros ventre.

A 3 ans, 13.800 gr. A 4 ans, 14.750 gr. ; taille, 0 m. 977.

A 4 ans et demi, 15.000 gr ; taille, 1 m. 02 ; périmètre thoracique, 0 m. 51 ; diamètre transversal, 0 m. 149.

Rougeole à 5 ans.

A 6 ans, 17.550 ; taille, 1 m. 105 ; périmètre thoracique, 0 m. 56 ; diamètre transversal, 0 m. 17.

A 6 ans 8 mois, 18.600 gr. Strabisme.

Obs. 17. — Gu., Madeleine (7449 B).

Ascendance : Mère IIIpare, l'aîné scrofuleux. A eu un 4e enfant à terme.

Née le 10 septembre 1906.

Inscrite au Dispensaire à 10 jours pesant 2.400 gr., débile, T. 35°,5. Allaitement au sein 7 mois ; mixte jusqu'à 9 mois. Première dent à 9 mois et demi, 5 à 1 an, 11 à 18 mois, 14 à 2 ans.

A 6 mois, 5.490 gr. ; à 1 an, 7.230 gr. ; à 18 mois, 9.570 gr. ; à 2 ans, 10.500 gr.

Marche à 14 mois. Rachitisme. Rougeole à 20 mois.

A 2 ans, 10.500 gr. ; à 2 ans et demi, 11.600 gr. ; à 3 ans, 13.000 gr. Genu valgum à 2 ans et demi.

La réaction de Wassermann faite le 28 juillet 1910 est négative.

A 3 ans et demi, 13.850 gr. ; taille, 0 m. 967 ; périmètre thoracique, 0 m. 505 ; diamètre transversal, 0 m. 155.

A 5 ans, 15.850 gr. ; taille, 1 m. 064 ; périmètre thoracique, 0 m. 52 ; diamètre transversal, 0 m. 157.

A 5 ans et demi, 16.950 gr. ; taille, 1 m. 084 ; périmètre thoracique, 0 m. 535 ; diamètre transversal, 0 m. 16. Bon état général.

Obs. 18. — Du., Andrée (8140 B).

Ascendance : Mère Ipare ; dernières règles fin mai. Un avortement ultérieur.

Née le 22 février 1907.

Inscrite au dispensaire à 6 semaines pesant 2.310 gr. ; débile, sclérème.

Allaitement au sein 7 mois et demi, mixte jusqu'à 1 an ; à 3 mois 2.790 gr.

A 9 mois, 4.810 gr. A 1 an première dent, 5.760 gr. ; à 13 mois et demi, taille, 0 m. 657 ; marche à 16 mois ; à 18 mois 8.760 gr. ; 9 dents, taille, 0 m. 746.

A 2 ans, 9.460 gr., 13 dents, taille, 0 m. 784 ; périmètre thoracique, 0 m. 465 ; diamètre transversal, 0 m. 146.

A 2 ans 4 mois, 10.650 gr. ; à 3 ans et demi, coqueluche.

A 5 ans, 15.400 gr. ; taille, 1 m. 033 ; périmètre thoracique, 0 m. 53 ; diamètre transversal, 0 m. 159. Bon état général ; très bien soignée.

Obs, 19. — Fay., Alphonsine (9202 B).

Ascendance : Mère Ipare.

Née le 12 mai 1908.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, pesant 2.380 gr., débile ; T° 36°,6.

Allaitement mixte à 3 mois ; à 6 mois 6.870 gr.; première dent à 8 mois.

A 1 an, 8.300 gr. ; 3 dents.

A 18 mois, 9.670 gr.; taille, 0 m. 749; périmètre thoracique, 0 m. 46; diamètre transversal, 0 m. 132, fontanelle non soudée.

Obs. 20. — La., Yvonne (9412 B).

Ascendance : Mère 28 ans, Ipare. Dernières règles, 10-13 décembre.

Née le 1er septembre 1907 à la clinique Tarnier, pesant 2.470 gr.; placenta, 550. Allaitement au sein 2 mois, puis biberon.

Inscrite au Dispensaire à 13 mois et demi; 7.980 gr., 12 dents ; nez en lorgnette ; à 18 mois, 9.230 gr. ; 16 dents, fontanelle soudée ; à 19 mois et demi, 9.670 gr.

Obs. 21. — Bon., Blanche (44 C).

Ascendance : Mère 25 ans et demi, IIpare, l'aînée vivante ; un accouchement ultérieur à terme.

Née le 18 novembre 1907 à la clinique Tarnier (1512) pesant 2.360 gr. Placenta, 320. Allaitement au sein 15 mois.

Scarlatine (?) à 15 mois, hospitalisation à l'hôpital Pasteur.

Inscrite au Dispensaire à 26 mois, pesant 7.800 gr., gros ventre, circulation collatérale, rachitisme, congestion pulmonaire droite.

La réaction de Wassermann faite le 18 mars 1910 est négative.

Obs. 22. — Pel., Amélie (295 C).

Ascendance : Mère, 30 ans, IIpare, l'aînée à terme; dernières règles 10-15 septembre, pas de rapports sexuels entre le 1er septembre et le 10 octobre, date probable de la fécondation. Cette femme, couturière, a piqué à la machine jusqu'au 15 juin.

Née le 16 juin 1905 à Boucicaut, pesant 2.470 gr. ; taille, 0 m. 39 ; placenta, 450 gr.

Inscrite au dispensaire à 3 semaines : 3.080 gr., allaitement au sein 5 mois, mixte jusqu'à 15 mois.

A 6 mois, 6.370 gr., craniotabes ; premières dents à 9 mois.

A 1 an, 8.020 gr.; 4 dents; à 13 mois rougeole; marche à 18 mois et demi.

A 18 mois, 9.000 gr.; 11 dents; taille, 0 m. 765 ; périmètre thoracique, 0 m. 44; diamètre transversal, 0 m. 132; à 22 mois, 9.520 gr., 15 dents.

Obs. 23. — Gui., Roger (521 C).

Ascendance : Mère, 40 ans, VIIIpare, 2 avortements. Dernières règles, 28 février.

Né le 23 octobre 1910 à la Maternité (2.178), pesant 2.065 gr. ; placenta, 425 gr.

Inscrit au Dispensaire à 5 semaines, pesant 3.110 gr.; allaitement au sein.

Première dent à 10 mois, 2 à 1 an, 12 à 18 mois.

On constate l'existence de syphilides anales ; coryza syphilitique ; la réaction de Wassermann faite le 22 décembre 1910 est positive : frictions mercurielles. Broncho-pneumonie à 2 mois (balnéation).

A 3 mois, l'enfant ne pèse plus que 2.730 gr.; on institue l'allaitement mixte et on remplace les frictions par des injections de biiodure de mercure.

A 4 mois, 3.090 gr.; à 6 mois et demi, 4.200 gr. On reprend les frictions mercurielles jusqu'à 7 mois et demi (diarrhée).

A 11 mois et demi, pemphigus, grosse rate.

A 1 an, poids 6.155 gr.; taille, 0 m. 632 ; périmètre thoracique 0 m. 395; diamètre transversal, 0 m. 118.

A 18 mois, congestion pulmonaire droite avec tirage et cornage; tuberculose ganglionnaire probable.

Obs. 24. — Hey., Marcelle (1.007 C).

Ascendance : Mère IIpare. Dernières règles, 12-15 avril.

Née le 6 décembre 1910 à la Maternité (2.536) pesant 2.000 gr. : placenta, 472 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 2.810 gr., débile ; T. 36°,2.

Allaitement au sein, vomissements répétés malgré l'usage de pepsine, de citrate de soude, malgré une tentative d'allaitement mixte. A 3 mois 2.685 gr.; la réaction de Wassermann faite le 28 mars 1911 est positive.

Injections de biiodure de mercure. A 4 mois, 2.830 gr.; à 5 mois, 3.260 gr.; à 6 mois : 3.610 gr. Premières dents à 9 mois, 4 à 1 an, 6 à 18 mois.

A 1 an, 6.040 gr. ; taille, 0 m. 65 ; périmètre thoracique, 0 m. 395 ; diamètre transversal, 0 m. 122.

A 18 mois, 7.250 gr. ; taille, 0 m. 735 ; périmètre thoracique, 0 m. 43 ; diamètre transversal, 0 m. 16, fontanelle encore large ; bosses frontales saillantes.

Obs. 25. — Beau., Andrée (1237 C).

Ascendance : Père, syphilis en 1900.

Mère, syphilis en 1902. IVpare, le 1er mort et macéré, le 2e décédé à 15 mois, le 3e vivant, accidents syphilitiques constatés. Dernières règles, 4 août.

Née le 9 mai 1911.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, pesant 2.260 gr ; allaitement au sein. On constate l'existence de syphilides anales ; traitement de la mère nourrice. A 6 mois, nouveaux accidents, éruption bulleuse aux fesses, frictions mercurielles. Poids à 6 mois, 4.960 gr. ; premières dents à 10 mois et demi. Rougeole à 10 mois. A 1 an, 7.100 gr. ; taille, 0 m. 677, périmètre thoracique, 0 m. 43, diamètre transversal, 0 m. 125 ; 5 dents.

Obs. 26. — Du., Yvonne (1.393 C).

Ascendance : Père tuberculeux.

Mère Vpare, 1 avortement, 1 mort-né.

Accouchement au 8e mois de la grossesse.

Née le 3 novembre 1910 à la Maternité, pesant 2.285 gr. ; placenta, 450 gr. — Allaitement au biberon, première dent à 13 mois et demi ; 2 dents à 18 mois.

Inscrite au Dispensaire à 9 mois et demi, pesant 5.700 gr. Congestion du sommet droit à 11 mois, toux coqueluchoïde ; à 1 an, 6.440 gr. ; rougeole. A 18 mois, 7.750 gr. ; taille, 0 m. 732, rachitisme grave, tibias et fémurs arqués, chapelet costal, grosses épiphyses, tuberculose du poumon droit avec gros souffle d'adénopathie bronchique.

Obs. 27. — Rol., Pierre (1.482 C).

Ascendance : Mère IIpare, dernières règles, 14 octobre.

Né le 1er juillet 1910 à la Maternité, pesant 2.500 gr. ; placenta, 650 gr. ; élevé en nourrice.

Inscrit au Dispensaire à 15 mois, 8.350 gr. ; 7 dents, fontanelle non soudée.

GROUPE C.

Obs. 28. — La., Louis (7842 A).

Né le 9 août 1898.

Inscrit au Dispensaire à 17 jours, pesant 5.800 gr.; allaitement au sein 1 mois, puis biberon; à 4 mois, 4.880 gr.

Revu à 4 ans pesant 15.350 gr.; taille, 0 m. 955; à 5 ans 4 mois, 18.850 gr.

A 10 ans et demi, 30.000 gr.; taille, 1 m. 318; périmètre thoracique, 0 m. 70; diamètre transversal, 0 m. 207.

Obs. 29. — Aud., Pierre (269 B).

Ascendance : Mère, 27 ans, IIpare, un avortement, accouchement au 9e mois.

Né le 20 mars 1899.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois, pesant 3.020 gr.; allaitement au sein, 1 an, premières dents à 9 mois; à 6 mois, 6.830 gr.; à 1 an, 8.670, 4 dents, marche à 16 mois.

A 4 ans, 14.800 gr.; taille, 0 m. 977; à 6 ans, 16.650 gr.

A 10 ans, 27.100 gr.; taille, 1 m. 338, périmètre thoracique, 0 m. 64.

A 12 ans 4 mois, 39.100 gr.; submatité du sommet gauche.

A 13 ans, 42.850 gr.; taille, 1 m. 582; périmètre thoracique, 0 m. 74; diamètre transversal, 0 m. 23, très bien portant.

Obs. 30. — Aud., Suzanne (4156 B).

Sœur du précédent; accouchement au 7e mois, albuminurie, la mère a eu 4 autres grossesses dont 2 avortements.

Née le 4 février 1903.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, pesant 2.340 gr.; allaitement au sein 1 an. Hernie ombilicale; hernie inguinale droite; à 6 mois, 4.760 gr.

A 1 an, 7.130 gr., 2 dents; à 18 mois, 7.730 gr., 9 dents; marche à 18 mois et demi.

A 2 ans, 9.560 gr.; rachitisme léger; à 3 ans, 12.750 gr.

A 7 ans, 20.050 gr.; taille, 1 m. 152; périmètre thoracique, 0 m. 54; diamètre transversal, 0 m. 162.

A 9 ans et 6 semaines, 26.100 gr.; taille, 1 m. 29; périmètre thoracique, 0 m. 595; diamètre transversal, 0 m. 18.

Obs. 31. — Thi., Mathilde (594 B).

Ascendance: Mère 46 ans, rachitique, bassin annelé, XVIIpare, 4 avortements, 4 enfants décédés (obs. 5, 6, 7 et 8e). Dernières règles, début de décembre.

Née le 4 août 1899.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, pesant 2.750 gr.; taille, 0 m. 493; allaitement au biberon; à 6 mois, 5.950 gr.; première dent à 11 mois et demi.

A 1 an, 7.420 gr.; marche à 14 mois; à 18 mois, 9.150 gr.; 10 dents.

A 2 ans, 10.250 gr.; 13 dents.

A 4 ans et demi, 14.080 gr.; à 5 ans, 14.700 gr.; rougeole à 6 ans.

A 9 ans et demi, 22.100 gr.; taille, 1 m. 235; périmètre thoracique, 0 m. 59; diamètre transversal, 0 m. 177.

Obs. 32. — Thi., Mercédès (2.666 B).

Sœur de la précédente.

Née le 14 septembre 1901 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.630 gr.; placenta, 500 gr.

Inscrite au Dispensaire à 12 jours : 2.400 gr., débile; allaitement mixte, 10 mois.

A 6 mois, 6.020 gr.; première dent à 9 mois et demi, marche à 10 mois.

A 1 an, 8.190 gr.; bronchites fréquentes; à 2 ans, 10.650 gr.

A 3 ans, 11.800 gr.; taille, 0 m. 88; rougeole à 4 ans; suspecte de tuberculose; à 5 ans, 13.600 gr.

A 7 ans et demi, 15.650 gr.; taille, 1 m. 089; périmètre thoracique, 0 m. 52; diamètre transversal, 0 m. 16.

A 8 ans et 2 mois, 17.300 gr.; taille, 1 m. 144; périmètre thoracique, 0 m. 53; diamètre transversal, 0 m. 16.

Obs. 33. — Ron., Louise (1.005 B).

Née le 14 juin 1899 à la Clinique Tarnier, pesant 2.850 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 mois et demi : 6.400 gr.; allaitement au sein, 1 an.

Premières dents à 6 mois, 4 à 1 an, 10 à 18 mois.

A 1 an, 8.050 gr.; à 18 mois, 9.200 gr.

Coqueluche à 19 mois.

A 3 ans et demi, 12.950 gr.; taille, 0 m. 93; hypertrophie des amygdales.

Obs. 34. — Va., Charles (1753 B).

Ascendance : Mère, 27 ans Ipare, a eu ultérieurement un enfant à terme qui est décédé, tuberculeux?

Né le 13 septembre 1900 à la Maternité, pesant 2.900 gr.

Placenta, 520 gr., excès de liquide amniotique.

Inscrit au Dispensaire à 3 mois: 5.750 gr.; allaitement mixte, 2 mois et demi.

Deux ans à 1 an, 6 à 18 mois, 16 à 2 ans.

A 6 mois, 6.750 gr.; à 1 an, 6.170 gr.; à 18 mois, 8.060 gr.; à 2 ans, 8.950 gr.; marche à 2 ans et demi.

A 6 mois, on constate l'hydrocéphalie; coqueluche à 7 mois; bronchites fréquentes; à 2 ans, la fontanelle n'est pas encore soudée.

A 3 ans, 12.150 gr.; à 4 ans, 13.100 gr.; à 5 ans, 16.850 gr.

A 8 ans et demi, 23.450 gr.; taille, 1 m. 222; périmètre thoracique, 0 m. 58; diamètre transversal, 0 m. 177.

L'hydrocéphalie a complètement disparu; la forme du crâne est normale.

Obs. 35. — Mer., Jeanne (2276 B).

Ascendance : Mère IIpare; dernières règles, 20 juin.

Née le 9 mars 1901.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.530 gr.; allaitement au biberon.

Premières dents à 9 mois, 4 à 1 an, 17 à 2 ans.

A 6 mois, 5.220 gr.; à 1 an, 7.150 gr.; à 18 mois, 8.470 gr.; à 2 ans, 9.850 gr.; marche à 2 ans; taille à 14 mois, 0 m. 706.

Hernie inguinale droite guérie spontanément au cours de la première année..

A 3 ans, 11.020 gr.; à 4 ans, 12.650 gr.; à 5 ans, 14.000 gr.; à 6 ans, 16.000 gr.; à 7 ans, 19.550; à 9 ans, 22.350 gr.; taille, 1 m. 177.

Coqueluche à 7 ans, grattage de végétations adénoïdes à 8; la réaction de Wassermann faite le 16 mars 1910 est positive.

A 10 ans, 26.100 gr.; taille, 1 m. 218, périmètre thoracique, 0 m. 64; diamètre transversal, 0 m. 196.

A 11 ans, 31.900 gr.; taille, 1 m. 27; périmètre thoracique, 0 m. 695; diamètre transversal, 0 m. 207, obésité; enfant paresseuse.

Obs. 36. — Mi., Marie (2637 B).

Née le 6 septembre 1901.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, pesant 2.900 gr.; allaitement au sein, 6 mois, puis mixte; premières dents à 9 mois; à 6 mois 6.150 gr.; à 1 an, 7.530 gr.

A 17 mois et demi, 8.430 gr., 9 dents; l'enfant est suspecte de tuberculose. On a fait à 16 mois une série d'injections de cacodylate de soude.

Obs. 37. — Quin., Marcel (3087 B).

Ascendance : Mère Ipare.

Né le 6 janvier 1902.

Inscrit au Dispensaire à 3 semaines, pesant 2.680 gr., débile. T. 36°.1. Allaitement au sein, 7 mois et demi, mixte jusqu'à 10 mois et demi.

Première dent à 11 mois, 3 à 1 an, 18 à 26 mois; marche à 15 mois.

A 6 mois, 6.560 gr.; à 1 an, 7.850 gr.; à 18 mois, 8.600 gr.; à 2 ans, 10.250 gr.

A 26 mois, 10.530 gr. Rachitisme.

Obs. 38. — Hu., Fernand (3516 B).

Ascendance : Mère petite, strabisme, bassin plat rachitique, Hpare, la première grossesse s'est terminée par l'accouchement à terme, chez une sage-femme, d'un enfant mort pendant le travail.

Né en août 1896 à la Clinique Tarnier, accouchement prématuré, inscrit au Dispensaire à 6 ans et demi, pesant 17.250 gr.; strabisme; grosses amygdales; à 8 ans et demi, 21.850 gr.

Obs. 39. — Hu., Raymonde (3672 B). Sœur du précédent.

Née le 7 février 1899 à la Clinique Tarnier.

On a cette fois PROVOQUÉ l'accouchement prématuré; présentation de l'épaule, version.

Inscrite au Dispensaire à 3 ans et 9 mois, pesant 13.400 gr.

A 8 ans et demi, 20.150 gr.: à 13 ans, 32.900 gr,; taille, 1 m. 408; périmètre thoracique, 0 m, 69; diamètre transversal, 0 m. 214.

Obs. 40. — Hu., Suzanne (3515 B). — Sœur des précédents.

Née le 24 février 1901 à la Clinique Tarnier, pesant 2.980 gr.; l'enfant a été mise en couveuse une semaine; a suivi ensuite la Consultation de nourrissons de la Clinique Tarnier pendant sept mois.

Allaitement au sein, 7 mois; marche à 14 mois.

Inscrite au Dispensaire à 17 mois, pesant 7.770 gr.; 9 dents; rachitique; à 2 ans, 9.480 gr.; à 3 ans, 11.330 gr., 18 dents seulement.

Coqueluche à 3 ans et demi; à 5 ans, 14.350 gr.; à 6 ans et 9 mois, 17.550 gr.; taille, 1 m. 062; le rachitisme persiste.

A 11 ans, 27.400 gr.; taille, 1 m. 281; périmètre thoraciqde, 0 m. 63; diamètre transversal, 0 m. 191; facies adénoïdien, thorax rachitique.

Obs. 41. — Hu., Robert (4493 B). Frère des précédents.

Né le 1er septembre 1903 à la Clinique Tarnier (n° 1056), l'accouchement prématuré a été PROVOQUÉ par M. Démelin.

Poids de naissance, 3.080 gr.; placenta, 610 gr.

Inscrit au Dispensaire à 24 jours, pesant 3.340 gr.; allaitement au sein, 7 mois et demi.

Première dent à 6 mois; 5 dents à 1 an; 12 dents à 20 mois; 17 dents à 2 ans et demi.

A 6 mois, 6.490 gr.; à 1 an, 7.620 gr.; à 20 mois, 9.790 gr.; rachi-

tisme ; micropolyadénie ; thorax en sablier ; bosses frontales saillantes.

A 2 ans et demi, 11.450 gr. ; à 4 ans, 14.100 gr. ; à 4 ans et demi, 15.550 gr. ; taille, 0 m. 944.

A 7 ans et 4 mois, 23.101 gr. Le rachitisme persiste, état adénoïdien typique.

A 8 ans et demi, 23.600 gr. ; taille, 1 m. 21 ; périmètre thoracique, 0 m. 61 ; diamètre transversal, 0 m. 191 ; la réaction de Wassermann est positive.

Obs. 42. — Hu., Alexandre (7071 B). Frère des précédents.

Né le 22 décembre 1905 à la Clinique Tarnier (1645), pesant 2.930 gr.

Placenta, 520 gr. ; la mère aurait eu ses dernières règles le 15 mars.

Inscrit au Dispensaire à 6 semaines, pesant 3.230 gr. ; allaitement au sein, 6 mois, puis mixte jusqu'à 10 mois ; premières dents à 10 mois et demi.

A 1 an, 7.110 gr., 3 dents ; à 2 ans, 10.060 gr. ; rachitisme, gros ventre.

Coqueluche à 5 ans ; à 6 ans, le rachitisme persiste ; bosses frontales saillantes ; genu valgum très accentué ; tibias en fourreau de sabre ; strabisme.

A 6 ans, 17.600 gr. ; taille, 1 m. 05 ; périmètre thoracique, 0 m. 545; diamètre transversal; 0 m. 172 ; la réaction de Wassermann faite le 19 avril 1912 est positive.

Obs. 42 *bis*. — Hu., Paulette (2001 C). Sœur des précédents (la mère a eu dans l'intervalle, en septembre 1907, un enfant né à terme, pesant 3.350 gr. (présentation de l'épaule) qui est mort à 3 ans).

Née le 1er novembre 1911 à la Clinique Tarnier, pesant 2.665 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, pesant 4.270 gr. ; allaitement au sein, 4 mois ; mixte ensuite.

A 6 mois, 6.000 gr., 2 dents ; la réaction de Wassermann est faiblement positive le 27 mai 1912.

Obs. 43.— Sa., Renée (3704 B).

Ascendance : mère 22 ans, IVpare, dont 2 prématurés antérieurs.

Née le 4 août 1901 à la Charité, pesant 2.580 gr.

Placenta, 350 gr. : allaitement au biberon en nourrice.

Inscrite au Dispensaire à 17 mois, pesant 7.890 gr.; 7 dents; marche depuis 15 mois.

Rougeole à 4 ans. Revue à 7 ans et 8 mois: 18.560 gr.

Obs. 43 *bis*. — Sa., Maurice (1440 B).

Frère aîné de la précédente. Né le 22 juillet 1900.

Inscrit au Dispensaire à 12 jours, pesant 2.100 gr., débile, ictère. T. 36°,3.

Allaitement au sein ; à 3 mois, 2.430 gr.

Hernie inguinale notée à 7 semaines. Décédé à 3 mois.

Obs. 44. — Moi., André (4260 B).

Ascendance : Mère Ipare.

Né le 30 janvier 1903 à Boucicaut, pesant 2.750 gr.

Inscrit au Dispensaire à 4 mois, pesant 5.000 gr. ; allaitement au sein, mixte à 4 mois.

Revu à 9 ans : 21.900 gr. ; taille, 1 m. 225 ; périmètre thoracique, 0 m. 605 ; diamètre transversal, 0 m. 192.

Obs. 45. — Fi., Marthe (4350 B).

Ascendance: mère Ipare. Dernières règles le 18 septembre.

Née le 19 mai 1903 à la Maternité, pesant 2.800 gr.

Placenta, 550 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines : 3.185 gr. ; allaitement au sein, 1 an; mixte jusqu'à 14 mois. Coryza suspect à 6 semaines, traité par des frictions mercurielles.

A 6 mois, 5.620 gr. ; revu à 15 mois, 8.190 gr., 6 dents.

Obs. 46. — Bo., Gabriel (4417 B).

Ascendance : mère Ipare. Dernières règles le 30 octobre.

Né le 5 août 1903 à la Clinique Tarnier, pesant 2.850 gr.

Placenta, 525 gr.

Inscrit au Dispensaire à 13 jours, pesant 3.160 gr. ; allaitement au sein.

Première dent à 5 mois et demi ; 8 à 1 an ; à 6 mois, 7.160 gr. ; à 1 an, 8.250 gr.

Rachitisme léger à 10 mois, troubles digestifs fréquents.

Obs. 47. — Soi., Amédée (4452 B).

Ascendance : mère Ipare.

Né le 21 juin 1903 à la Clinique Tarnier, pesant 2.950 gr.; placenta, 400 gr.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois et demi, pesant 3.840 gr.; allaitement au sein.

Premières dents à 9 mois, 8 à 14 mois et demi.

A 6 mois, 6.850 gr.; à 14 mois et demi, 8.580 gr.

Obs. 48. — Cor., Lucie (5017 B).

Ascendance: mère tuberculeuse, IIpare. L'aîné décédé à 3 ans, un enfant né ultérieurement est décédé ainsi que la mère.

Née le 2 janvier 1904.

Inscrite au Dispensaire à 12 jours, pesant 2.685 gr.; allaitement au sein, 4 mois; mixte jusqu'à 5 mois et demi; première dent à 7 mois. 7 à 1 an.

A 6 mois, 4.990 gr.; à 1 an, 6.430 gr.; à 2 ans, 9.100; à 3 ans et demi, 11.140 gr., taille, 0 m. 684 à 14 mois et demi.

Toux coqueluchoïde à 6 mois; tuberculose du sommet droit à 3 ans.

Obs. 49. — Ri., Andrée (5170 B).

Ascendance : mère Ipare.

Née le 1er mars 1904 à Beaujon, pesant 2.650 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, pesant 3.280 gr.; allaitement au sein, mixte à 6 mois.

Première dent à 9 mois et demi, 6 à 1 an, 12 à 18 mois et demi.

A 6 mois, 5.010 gr.; à 1 an, 7.280 gr.; à 18 mois et demi, 8.500 gr.

Hernie ombilicale guérie au cours des premiers mois.

Obs. 50. — Du., Jeanne (5445 B).

Ascendance : mère IIpare.

Née le 5 juillet 1904.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines, pesant 2.820 gr.; allaitement mixte.

Première dent à 7 mois, 5 à 10 mois. A 10 mois, 7.560 gr.

Revue à 3 ans, 13.450 gr.; taille, 0 m. 936; bien soignée.

Obs. 51. — Ed., Suzanne (5256 B).

Ascendance : mère, luxation congénitale de la hanche, IIpare, aînée à terme; dernières règles le 8 août : a eu ultérieurement un 3e enfant, à terme.

Née le 14 mai 1904 à la Clinique Tarnier (598), pesant 2.875 gr. ; placenta, 400 gr.

Inscrite au Dispensaire à 14 jours, pesant 2.750 gr. ; allaitement au sein, 15 mois et demi.

Première dent à 7 mois et demi ; 4 à 1 an, 12 à 2 ans ; marche à 11 mois et demi.

A 5 mois, 3.800 gr. ; à 1 an, 7.800 gr. ; à 2 ans, 8.480 gr. ; à 3 ans, 10.600 gr. ; à 4 ans, 11.050 gr. ; taille, 0 m. 936.

Rougeole à 3 ans et demi. Soupçon de tuberculose à cette époque.

A 5 ans, 13.600 gr. ; taille, 0 m. 99 ; périmètre thoracique, 0 m. 51 ; diamètre transversal, 0 m. 163.

A 6 ans, 15.050 gr. ; taille, 1 m. 063 ; périmètre thoracique, 0 m. 542 ; diamètre transversal, 0 m. 167.

A 8 ans, 18.250 gr. ; taille, 1 m. 177 ; périmètre thoracique, 0 m. 56 ; diamètre transversal, 0 m. 176.

Obs. 52. — Ro., Jean (5464 B).

Ascendance : mère Ipare. Dernières règles, 11 juillet.

Né le 21 avril 1903 à la Maternité, pesant 2.700 gr. ; placenta, 400 gr.

En nourrice 10 mois ; première dent à 14 mois ; 8 à 18 mois.

A 1 an, 6.680 gr. ; à 18 mois, 8.390 gr. ; à 2 ans, 9.850 gr. ; marche à 22 mois.

A 3 ans et 3 mois, 10.500 gr. ; incontinence d'urine.

A 4 ans, 11.800 gr. Décédé à 5 ans et demi.

Obs. 53. — Be., Albert (5631 B).

Ascendance : mère Ipare.

Né le 8 octobre 1904 à Tenon, pesant 2.750 gr. ; placenta, 650 gr.

En nourrice, 1 an. Inscrit au Dispensaire à 1 an : 7.790 gr., 5 dents ; mal alimenté.

Revu à 4 ans et 10 mois, 15.120 gr.

Obs. 54. — Le., Henri (5648 B).

Ascendance : mère tuberculeuse ; VIpare; 3 enfants décédés.

Né le 29 novembre 1904.

Inscrit au Dispensaire à 11 jours, pesant 2.800 gr. ; allaitement au sein, 2 mois et demi, mixte jusqu'à 3 mois et demi.

Première dent à 10 mois; 5 à 1 an; 9 à 18 mois ; 20 à 2 ans.

A 6 mois, 4.640 gr. ; à 1 an, 7.330 gr. ; à 18 mois, 9.210 gr.; à 2 ans, 11.070 gr. Marche à 20 mois ; la fontanelle n'est pas soudée à 22 mois.

Broncho-pneumonie à 13 mois ; rougeole à 15 mois.

A 2 ans et 8 mois, 12.520 gr.

Obs. 55. — Bi., Albertine (6194 B).

Ascendance : mère IIIpare.

Née le 9 mars 1905 à la Charité, pesant 2.630 gr. (siège), placenta, 390 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, 4.070 gr. ; allaitement mixte.

Revue à 5 ans, 15.800 gr. ; à 7 ans, 20.150 gr. ; taille, 1 m. 182 ; périmètre thoracique, 0 m. 55 ; diamètre transversal, 0 m. 153.

Obs. 56. — Ca., Germain (6330 B).

Ascendance : mère Ipare. Dernières règles, fin octobre.

Né le 4 août 1904 à la Clinique Tarnier, pesant 2.950 gr. ; placenta, 440 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 an ; allaitement au biberon, 4 dents. 7.720 gr.

7 dents à 18 mois ; poids, 8.260 gr. ; 14 dents à 2 ans et demi, poids, 10.310 gr.

Broncho-pneumonie à rechutes pendant l'hiver 1905. Le rachitisme, noté à 1 an, s'aggrave à cette époque. Marche à 23 mois.

Revu à 3 ans et 8 mois : 11.100 gr. ; taille, 0 m. 879; le rachitisme persiste.

Obs. 57. — Za., Justine (6342 B).

Ascendance : mère 38 ans, rachitique; aurait eu, dit-elle, sa première dent à 18 mois, XIpare ; les 2 aînés mort-nés, puis 4 enfants encore vivants, puis 4 décédés ; puis un avortement; a eu une grossesse ultérieure en 1907.

Née le 17 août 1905.

Inscrite au Dispensaire à 17 jours, pesant 2.865 gr.; allaitement au sein 3 mois et demi, mixte jusqu'à 15 mois et demi; premières dents à 13 mois, 12 à 23 mois.

A 6 mois, 6.340 gr.; à 1 ans, 8.300 gr.; à 18 mois, 10.390 gr.; à 23 mois, 11.200 gr.

Marche à 15 mois.

A 2 ans et 8 mois, 12.150 gr.; taille, 0 m. 869; rachitisme.

A 3 ans et 10 mois, 12.750 gr., suspecte de tuberculose; grosses amygdales.

A 6 ans, 15.350 gr.

Obs. 58. — Leit., André (7.034 B).

Ascendance : Mère Ipare.

Né le 4 janvier 1906 à la Charité, pesant 2.660 gr.

Inscrite au Dispensaire à 19 jours : 2.820 gr.; allaitement au sein, 7 mois.

A 4 mois et demi, 4.650 gr. Aurait marché à 17 mois.

Revu à 2 ans et demi, 10.100 gr.; taille, 0 m.847; 18 dents; rachitisme.

A 3 ans et 3 mois, 11.450 gr.

Obs. 59. — Pa., Thérèse (7049 B).

Ascendance : Mère Ipare, a travaillé dans un magasin pendant les 4 derniers mois de la grossesse.

Née le 11 janvier 1906 à la clinique Baudelocque, pesant 2.720 gr.

Placenta, 430 gr.

Inscrite au Dispensaire à 19 jours; 2.860 gr.; allaitement mixte 10 mois.

Première dent à 9 mois, 3 à 1 an, 9 à 18 mois; 12 à 22 mois.

A 6 mois, 5330 gr.; à 1 an, 7.620 gr.; à 18 mois, 8.550 gr.; à 22 mois, 9.520 gr.

Marche à 13 mois.

Coqueluche à 18 mois; léger rachitisme.

Obs. 60. — Blanc. Jeanne (7545 B).

Ascendance : Mère syphilitique, chancre en mars 1905.

Ipare, a suivi le traitement pendant les 5 premiers mois de la grossesse.

Née le 3 septembre 1906, à la clinique Baudelocque, pesant 2.980 gr.

Placenta, 430 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.550 gr.; allaitement au sein, 4 mois et demi, mixte jusqu'à 9 mois et demi, 2 dents à 1 an; 8, à 15 mois et demi.

A 6 mois, 4.650 gr.; à 1 an, 6.850 gr.; à 15 mois et demi, 7.520 gr. La fontanelle est soudée à 13 mois et demi.

A 2 mois et demi, on constate une éruption papuleuse; frictions mercurielles 1 mois; le traitement est repris à 15 mois.

Obs. 61. — Ag. Suzanne (8050 B).

Ascendance : Mère IIpare, 1 avortement. Cette femme a eu ultérieurement une enfant à terme.

Née le 23 juillet 1899, dans le 8e mois de la grossesse; allaitement au sein, 9 mois.

Inscrite au Dispensaire à 8 ans et demi, pesant 20.050 gr. Convalescente de diphtérie, paralysie du voile. Cette enfant présente au bras gauche un vaste nœvus. Elle éprouve de temps en temps des crises migraineuses. L'inspiration est rude au sommet du poumon droit. Injections de cacodylate et sirop de Gibert. A 9 ans et demi, 23.550 gr. A 10 ans, 24.150 gr.; taille, 1 m. 301; périmètre thoracique, 0 m. 57; diamètre transversal, 0 m. 18. La réaction de Wassermann, faite le 24 février 1910, est positive. Nouvelle cure de sirop de Gibert.

A 11 ans et demi, 27.500 gr.; taille, 1 m. 383; périmètre thoracique, 0 m. 60; diamètre transversal, 0 m. 19.

L'enfant, toujours migraineuse, digère mal, ne tousse pas; il persiste des signes d'induration du sommet droit; dos et bras velus.

A 12 ans et demi, 32.100 gr.; taille, 1 m. 46; périmètre thoracique, 0 m. 64; diamètre transversal, 0 m. 195.

Obs. 62. — Bre., Jeanne (8105 B).

Ascendance : Mère petite, IIpare, 1 avortement.

A eu ultérieurement un enfant à terme.

Née le 13 février 1907, au 8e mois de la grossesse.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, pesant 2.780 gr.; allaitement au sein 7 mois et demi, mixte jusqu'à 14 mois; première dent à 1 an, 5 à 18 mois, 12 à 2 ans.

A 6 mois, 6.100 gr.; à 1 an, 7.500 gr.; à 18 mois, 8.210; à 2 ans, 9.620 gr.

Marche à 16 mois, grosses amygdales.

A 3 ans, 11.900 gr.; taille, 0 m. 902; périmètre thoracique, 0 m. 475; diamètre transversal, 0 m. 145.

Rougeole à 3 ans. La réaction de Wassermann, faite le 14 avril 1910, est négative.

A 4 ans, 13.200 gr.; taille, 0 m. 975; périmètre thoracique, 0 m. 48; diamètre transversal, 0 m. 153.

A 5 ans, 14.350 gr.; taille, 1 m. 01; périmètre thoracique, 0 m. 50; diamètre transversal, 0 m. 157.

Obs. 63. — Per., Suzanne (8265 B).

Ascendance : Mère 37 ans IIpare, l'aînée à terme. Dernières règles 15-19 août.

Née le 2 mai 1907, à la clinique Tarnier, pesant 2.950 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines : 3.830 gr.; allaitement au sein 6 mois, mixte jusqu'à 14 mois; première dent à 9 mois, 4 à 1 an, 16 à 2 ans.

A 6 mois, 6.070 gr.; à 1 an, 7.460 gr.; à 18 mois, 8.420 gr.; à 2 ans, 9.470 gr.

Marche à 15 mois. Congestion pulmonaire à 18 mois; suspecte de tuberculose à 2 ans ; dos velu; adénite cervicale.

A 2 ans, 9.470 gr.; taille, 0 m. 813; périmètre thoracique, 0 m. 47; diamètre transversal, 0 m. 135.

Rougeole à 2 ans et 10 mois; la réaction de Wassermann, faite le 16 mars 1910, est positive.

A 3 ans, 11.300 gr.; taille, 0 m. 882; périmètre thoracique, 0 m. 485; diamètre transversal, 0 m. 155.

Tuberculeuse; gros foyer à la base gauche; toux quinteuse.

A 3 ans et 2 mois, 10.650 gr. Vivante en 1912.

Obs. 64. — Ma., Simonne (8407 B).

Ascendance : Mère 30 ans, lingère, coud à la machine; Ipare; dernières règles, 6 octobre.

Née le 10 août 1907, à la clinique Baudelocque, pesant 2.850 gr.; placenta, 500 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines : 2.430 gr.; allaitement au biberon en nourrice, 6 semaines; remise au sein maternel à cette époque, jusqu'à 15 mois; première dent à 7 mois, 4 à 1 an.

A 6 mois, 6.000 gr.; à 1 an, 7.880 gr.; rougeole à 13 mois et demi; remise en nourrice à 15 mois.

A 25 mois et demi, 10.100 gr.; 14 dents; fontanelle non soudée; rachitisme.

A 2 ans et demi, 11.600 gr.; taille, 0 m. 84; périmètre thoracique, 0 m. 48; diamètre transversal, 0 m. 155.

Obs. 65. — Che., Denise (8452 B).

Ascendance : Mère Ipare ; dernières règles, 5 novembre.

Née le 15 août 1907 à la Maternité, pesant 2.930 gr., placenta, 520 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.820 gr.; allaitement au sein, 15 mois; première dent à 8 mois et demi; 6 à 1 an; 16 à 18 mois; 19 à 2 ans.

A 6 mois, 5.620 gr.; à 1 an, 6.870 gr.; à 18 mois, 8.400 gr.; à 2 ans, 9.500 gr.

Marche à 14 mois et demi; troubles digestifs fréquents au moment du sevrage.

A 2 ans et demi, 10.440 gr.; taille, 0 m. 822; périmètre thoracique, 0 m. 475; diamètre transversal, 0 m. 15.

Revue à 3 ans et demi, 11.200 gr.

Obs. 66. — Mer., Maurice (9307 B).

Ascendance : Mère 20 ans, compositrice d'imprimerie, IIIpare, l'aîné prématuré est décédé à 7 mois; le 2e à terme ?

Né le 10 juillet 1908 à la clinique Baudelocque, pesant 2.870 gr.; placenta, 480 gr. (endométrite).

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, 3.290 gr., allaitement au sein 3 mois, mixte jusqu'à 4 mois. Mis en garde de 6 à 16 mois; 6 dents à 16 mois et demi, 11 à 18 mois.

A 6 mois, 5.110 gr.; à 16 mois et demi, 9.560; à 2 ans et 4 mois, 12.700 gr.

Revu à 3 ans et demi, 13.350 gr. Aurait eu la fièvre typhoïde à 3 ans.

Convalescent de congestion pulmonaire; suspect de tuberculose. Rachitisme, thorax en entonnoir, léger genu valgum; grosses amygdales.

Obs. 67. — Les., Gilberte (9378 B).

Ascendance : Mère couturière, Ipare, a travaillé pendant sa grossesse. Dernières règles, 30 octobre.

Née le 16 juillet 1908 à la clinique Baudelocque, pesant 2.570 gr. Siège ; placenta, 500 gr.

Emmenée à la campagne à 1 mois (14 heures de voyage); allaitement au biberon à 15 jours.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, pesant 3.450 gr.

Vomissements qui disparaissent dès que l'allaitement est bien réglé.

Première dent à 11 mois et demi, 7 à 18 mois, 10 à 20 mois.

A 6 mois, 5.480 gr.; à 1 an, 7.970 gr.; à 18 mois, 9.250 gr.; à 20 mois, 9.690 gr.; la fontanelle est soudée à 16 mois.

La réaction de Wassermann, faite le 8 mars 1910, est négative.

Obs. 68. — Lon., Maurice (9462 B).

Ascendance : Mère 33 ans, Ipare ; pas de fatigue; accouchement au 9e mois.

Né le 27 octobre 1908.

Inscrite au Dispensaire à 3 semaines, pesant 2.660 gr. ; débile, T. 36°,6, sclérème, œdème sus-pubien; allaitement au sein 8 mois, mixte jusqu'à 2 ans ? Troubles digestifs.

Première dent à 5 mois; à 6 mois, 6.680 gr.; à 8 mois, 7.500 gr.

Revu à 3 ans et demi, 13.850 gr. ; taille, 0 m. 946; périmètre thoracique, 0 m. 495 ; diamètre transversal, 0 m. 146.

Convalescence de rougeole; grosses amygdales.

Obs. 69. — Sim., André (9621 B).

Ascendance : Mère 24 ans, Ipare. Dernières règles, 10 avril.

Né le 28 janvier 1909 à Boucicaut, pesant 2.670 gr. ; placenta, 490 gr.

Inscrit au Dispensaire à 5 semaines, pesant 3.660 gr. ; allaitement au sein, vomissements; l'accroissement est défectueux ; à 4 mois,

4.000 gr. Emmené à la campagne à cette époque. Revu à 8 mois, 8.570 gr.; pas de dent à 1 an.

A 1 an, 9.410 gr.; taille, 0 m. 717; périmètre thoracique, 0 m. 44; diamètre transversal, 0 m. 13.

La réaction de Wassermann, faite le 22 mars 1910, est faiblement positive.

A 17 mois, 10.310 gr.; 6 dents; la fontanelle est large; léger rachitisme.

Obs. 70. — Orph., Marie (9625 B).

Ascendance : Mère Ipare; dernières règles, fin mars.

Née le 22 décembre 1908.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois : 2.930 gr. Allaitement au sein 4 mois, mixte jusqu'à 14 mois et demi ; première dent à 8 mois, 5 à 1 an, 10 à 16 mois.

A 6 mois, 4.730 gr. ; à 1 an, 6.775 ; à 16 mois, 8.280 gr. ; ne marche pas, fontanelle large.

La réaction de Wassermann, faite le 22 mars 1910, est faiblement positive.

Obs. 71. — Si., Andrée (9.229 B.).

Ascendance : père colonial, 38 ans.

Mère IIpare, l'aîné en 1900, vivant.

Née le 7 juillet 1907 à la clinique Baudelocque, pesant 2.520 gr.

Placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 11 mois. Allaitement au sein 10 mois, puis mixte.

A 1 an, 7.750 gr., 4 dents. Gomme de la joue.

Revue à 15 mois, 7.530 gr. ; gastro-entérite. Décès à 15 mois et demi.

Obs. 72. — Si., Charles (9669 A), frère de la précédente.

Né le 16 février 1909 à la clinique Baudelocque, pesant 2.900 gr., placenta, 500 ; dernières règles de la mère le 10 juin.

Inscrit au Dispensaire à 5 semaines, pesant 3.590 gr. Allaitement au sein, 4 mois et demi, mixte jusqu'à 7 mois et demi, première dent à 7 mois, 6 dents à 1 an, 8 à 18 mois, 11 à 20 mois. A 6 mois,

6.135 gr. ; à 1 an, 7.675 gr. ; taille, 0 m. 691 ; périmètre thoracique, 0 m. 43 ; diamètre transversal, 0 m. 132.

A 18 mois, 8.000 gr. ; taille, 0 m. 706 ; périmètre thoracique, 0 m. 445 ; diamètre transversal, 0 m. 135.

A 20 mois, 8.630 gr. ; fontanelle soudée.

La réaction de Wassermann faite le 10 février 1910 est positive.

Obs. 72 *bis*. — Si., Suzanne (128 C.), sœur des précédents.

Née le 23 mars 1910. Inscrit au Dispensaire à 3 semaines, pesant 2.710 gr.

Allaitement au sein. A 6 mois, 5.360 gr., 2 dents. La réaction de Wassermann, faite le 21 juillet 1910, est négative.

Obs. 73. — Mer., Jean (9.747 B.).

Ascendance, mère IIIpare, aînée vivante ; la deuxième grossesse terminée par un avortement en 1907 (père différent). Dernières règles 24-31 janvier.

Né le 16 novembre 1908 à la clinique Baudelocque (1950), pesant 2.950 gr. ; placenta, 520.

Inscrit au Dispensaire à 5 mois et demi : 6.135 gr. Allaitement au sein 10 mois, mixte jusqu'à 16 mois et demi ; première dent à 11 mois, 8 à 18 mois, 16 à 2 ans.

A 6 mois, 6.160 gr. ; à 1 an, 7.050 gr. ; taille, 0 m. 014 ; périmètre thoracique, 0 m. 405 ; diamètre transversal, 0 m. 122. Double hernie inguinale.

La réaction de Wassermann, faite le 24 février 1910, est positive : frictions mercurielles, puis injections de biiodure de mercure pendant 6 semaines.

A 18 mois, 7.430 gr. ; taille, 0 m. 752 ; périmètre thoracique 0 m. 42 ; diamètre transversal, 0 m. 132 ; rachitisme, tibias arqués, grosses épiphyses ; fontanelle soudée à 22 mois et demi.

A 2 ans, 8.700 gr. ; taille 0 m. 804, périmètre thoracique, 0 m. 46, diamètre transversal, 0 m. 14.

Cure de sirop de Gibert à 2 ans.

A 3 ans, 10.650 gr., taille, 0 m. 89 ; périmètre thoracique, 0 m. 485 ; diamètre transversal, 0 m. 154.

Incontinence d'urine nocturne, nouvelle cure de sirop de Gibert.

La hernie inguinale persiste et doit être opérée prochainement.

Obs. 74. — Pla., Louis (9.905 B).

Ascendance, mère Ipare. Un avortement ultérieur en 1911.

Né le 29 juin 1909.

Inscrit au Dispensaire à 6 semaines, pesant 2.650 gr. ; débile. T., 36°,6.

Allaitement au sein, vomissements répétés jusqu'à 3 mois, malgré la réglementation des tétées, l'usage de pepsine, de citrate de soude. A 3 mois : 2.880 gr.

Première dent à 10 mois et demi, 6 à 1 an, 16 à 19 mois.

A 6 mois, 4.435 gr., taille, 0 m. 594 ; périmètre thoracique, 0 m. 355, diamètre transversal, 0 m. 102.

Hydrocéphalie notée à 7 mois ; la réaction de Wassermann, faite le 8 février 1910, est positive. Frictions mercurielles pendant 2 mois et demi.

A 8 mois, broncho-pneumonie, toux coqueluchoïde ; l'hydrocéphalée augmente malgré le traitement mercuriel.

A 1 an, 6.640 grammes ; taille, 0 m. 66 ; périmètre thoracique, 0 m. 42 ; diamètre transversal, 0 m. 124.

Marche à 16 mois ; à 20 mois, rhinite avec fièvre et adénite cervicale bilatérale. Frictions mercurielles, collargol, liqueur de Boudin.

A 2 ans, 10.360 gr. ; taille, 0 m. 806 ; périmètre thoracique, 0 m. 48 ; diamètre transversal, 0 m. 14. La fontanelle est soudée à 2 ans ; l'hydrocéphalie diminue.

A 2 ans et demi, 11.550 gr. ; taille, 0 m. 87 ; périmètre thoracique, 0 m. 49 ; diamètre transversal, 0 m. 145. Bon état général.

Obs. 75. — Ar., Suzanne (9.996 B).

Ascendance : mère Ipare. Dernières règles, mi-octobre.

Née le 17 juin 1909.

Inscrite au Dispensaire à 4 mois, pesant 3.900 gr. Allaitement au sein, 17 mois ; l'enfant vomit presque toutes ses tétées, malgré l'usage de citrate de soude, de pepsine ; les tétées sont fréquemment pesées au Dispensaire. A 5 mois et demi, 3.880 gr.

De 6 à 7 mois, tentative d'allaitement mixte. A 7 mois, 4.160 ; à 7 mois et demi, 4.100 ; à 8 mois, 4.220 ; à 8 mois et demi, 4.400 ; à 9 mois, 4.700 gr.

Première dent à 11 mois et demi, 4 à 1 an, 11 à 18 mois, 15 à 2 ans, 17 à 2 ans et demi.

A 6 mois, taille 0 m. 581 ; périmètre thoracique, 0 m. 35 ; diamètre transversal, 0 m. 112. Craniotabes.

La réaction de Wassermann, faite le 19 avril 1910, est négative.

A 1 an, 6.610 gr. ; taille, 0 m. 654 ; périmètre thoracique, 0 m. 435 ; diamètre transversal, 0 m. 127.

Marche à 14 mois.

A 18 mois, 8.530 gr. ; taille, 0 m. 734 ; périmètre thoracique, 0 m. 46 ; diamètre transversal, 0 m. 142.

A 2 ans, 9.500 gr. ; taille, 0 m. 798 ; périmètre thoracique, 0 m. 49 ; diamètre transversal, 0 m. 15.

A 2 ans et demi, 10.150 gr. ; taille, 0 m. 843 ; périmètre thoracique, 0 m. 47 ; diamètre transversal, 0 m. 155.

A 2 ans et 10 mois, 10.750 gr. ; l'enfant n'a que 19 dents ; la fontanelle admet encore la pulpe de deux doigts : intelligence normale.

Obs. 76. — Mou., Marcel (10.031 B)

Ascendance : mère IIpare, l'aînée décédée à 15 mois ; dernières règles fin août.

Né le 22 mai 1909 à la Charité, pesant 2.950 gr. ; placenta, 530 gr.

Inscrit au Dispensaire à 6 mois : 7.350 gr. Allaitement au sein 5 mois et demi, mixte jusqu'à 1 an, première dent à 9 mois, 5 à 1 an.

Bosses frontales saillantes, strabisme. La réaction de Wassermann, faite le 15 mars 1910, est négative.

A 1 an, 9.280 gr. ; taille 0 m. 751 ; périmètre thoracique, 0 m. 46 ; diamètre transversal, 0 m. 142.

Envoyé en nourrice à 1 an.

Obs. 77. — Pil., Georgette (10040 B.).

Ascendance : mère Ipare ; dernières règles, 3 décembre.

Née le 20 septembre 1909 à la Maternité, pesant 2.950 gr. ; placenta, 425 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois : 4.200 gr. ; allaitement au sein, 10 mois et demi. Première dent à 8 mois, 3 à 1 an ; alimentation défectueuse lors du sevrage.

A 6 mois, 5.700 gr. A 1 an, 7.720 gr. ; taille, 0 m. 675 ; périmètre thoracique, 0 m. 44 ; diamètre transversal, 0 m. 137. Fontanelle soudée à 13 mois et demi.

A 2 ans, 9.440 gr. ; taille, 0 m. 785 ; périmètre thoracique, 0 m. 48 ; diamètre transversal, 0 m. 145.

A 2 ans et demi, 10.960 gr. ; taille, 0 m. 82 ; périmètre thoracique, 0 m. 49 ; diamètre transversal, 0 m. 151.

Obs. 78. — Bon., Hélène (160 C.).

Ascendance : mère Ipare, dernières règles, le 26 juin. A travaillé assise (employée des Postes) jusqu'au jour de l'accouchement.

Née le 25 mars 1910.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines, pesant 2.700 gr. Allaitement au sein, 5 mois, mixte jusqu'à 14 mois. Première dent à 11 mois et demi, 4 à 1 an, 8 à 18 mois, 16 à 2 ans.

A 6 mois, 5.350 gr. ; taille, 0 m. 63 ; périmètre thoracique, 0 m. 365.

A 1 an, 8.040 gr. ; taille, 0 m. 724 ; périmètre thoracique, 0 m. 465 ; diamètre transversal, 0 m. 149.

A 18 mois, 9.440 gr. ; taille, 0 m. 802 ; périmètre thoracique, 0 m. 465 ; diamètre transversal, 0 m. 153.

Marche à 18 mois ; fontanelle soudée de 18 mois à 2 ans.

A 2 ans, 11.600 gr. ; taille, 8 m. 84 ; périmètre thoracique, 0 m. 51 ; diamètre transversal, 0 m. 155.

Rougeole à 16 mois. La réaction de Wassermann, faite le 6 décembre 1910, a été négative.

Enfant bien soignée.

Obs. 79. — Pi., Paulette (432 C.).

Ascendance : mère Ipare. Dernières règles, 10 juin.

Née le 19 février 1910, chez une sage-femme agréée des hôpitaux, pesant 2.950 gr. ?

Inscrite au Dispensaire à 7 mois et demi : 5.660 gr. Allaitement au sein 17 mois, 2 dents à 7 mois et demi, 9 à 1 an, 14 à 18 mois, 17 à 2 ans ; marché à 10 mois.

A 1 an, 6.430 gr. ; à 18 mois, 8.840 gr. ; taille, 0 m. 737 ; périmètre thoracique, 0 m. 455 ; diamètre transversal, 0 m. 135.

A 2 ans, 10.000 gr. ; taille, 0 m. 786 ; périmètre thoracique, 0 m. 47 ; diamètre transversal, 0 m. 145.

A 2 ans et 2 mois, 11.000 gr. Léger rachitisme, gros ventre, fontanelle non soudée.

Obs. 80. — Pou. Jean (440 C.).

Ascendance : mère Ipare ; dernières règles 10-15 juillet.

Né le 22 avril 1910 à la clinique Tarnier pesant 2.880 gr. ; placenta, 500 gr.

Inscrit au Dispensaire à 5 mois et demi : 6.130 gr. ; allaitement au biberon.

Première dent à 6 mois et demi, 7 à 1 an, 12 à 17 mois.

A 1 an, 8.310 gr. ; à 17 mois, 9.470 gr.

Obs. 81. — Mi., Fernande (545 C.).

Ascendance : Père typographe.

Mère couturière, n'a pas travaillé pendant sa grossesse.

Ipare, dernières règles fin janvier.

Née le 7 novembre 1910 à Boucicaut, pesant 2.900 gr. : placenta, 500 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines : 2.570 gr. ; débile. T., 36°,6 ; allaitement au sein, 2 mois et demi, mixte jusqu'à 6 mois ; A 4 mois, 4.380 gr.

Revue à 18 mois : 9.540 gr. ; taille, 0 m. 73 ; périmètre thoracique, 0 m. 48 ; diamètre transversal, 0 m. 145 ; 10 dents ; fontanelle non soudée ; a marché à 16 mois et demi.

Obs. 82. — Pin., Georgette (1.045 C.).

Ascendance : mère Ipare ; dernières règles le 25 mars.

Née le 1er janvier 1911.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, pesant 2.820 gr. ; allaitement au sein.

Première dent à 10 mois, 2 à 1 an, 7 à 15 mois et demi.

A 6 mois, 6.060 gr. ; à 1 an, 8.900 gr. ; taille, 0 m. 706 ; périmètre thoracique, 0 m. 46 ; diamètre transversal, 0 m. 13. A 15 mois et demi : 9.400 gr. Marche.

Obs. 83. — Va., Madeleine (1104 C.).

Ascendance, mère IVpare, 1 avortement.

Née le 2 novembre 1910 à la Maternité pesant 2.735 gr. ; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 4 mois : 4.820 gr. ; allaitement mixte.

Revue à 18 mois : 8.850 gr. ; taille, 0 m. 74 ; périmètre thoracique, 0 m. 475 diamètre transversal, 0 m. 135 ; 12 dents, a marché à 16 mois.

Adénite cervicale suppurée bilatérale.

Obs. 84. — Voi., Albert (1192 C.).

Ascendance : père peintre en bâtiment, saturnin.

Mère petite (1 m. 46) Ipare ; dernières règles, 10-15 juillet.

Né le 24 mars 1910 à la Maternité (631), pesant 2.900 gr. (forceps) ; placenta, 500 gr.

Inscrit au Dispensaire à 5 semaines : 2.480 gr. Allaitement au biberon sur le conseil d'un pharmacien qui pesait l'enfant quotidiennement ; on tente en vain de renouveler la sécrétion lactée ; 3 dents à 1 an, 6 à 14 mois.

A 6 mois, 5.230 gr. ; à 1 an, 6.610 gr. ; taille, 0 m. 69 ; périmètre thoracique, 0 m. 395 ; diamètre transversal, 0 m. 133.

A 14 mois, 7.080 gr.

Obs. 85. — De., Albert (1262 C.).

Ascendance : mère Ipare ; dernières règles, 21-25 août.

Né le 28 avril 1910 à Boucicaut, pesant 2.630 gr. ; placenta, 410 gr.

Inscrit au Dispensaire à 14 mois : 7.880 gr. ; allaitement au sein. 8 dents.

Obs. 86, — Gré., Gaston (1289 C).

Ascendance : Mère IIpare ; dernières règles, 25-29 mai.

Né le 7 mars 1911 à Boucicaut, pesant 2.560 gr. ; placenta, 550 gr.

Inscrit au Dispensaire à 4 mois : 4.580 gr. ; allaitement au sein ; première dent à 9 mois et demi ; 4 à 14 mois ; à 6 mois 5.990 gr.

A 1 an, 8.100 gr., taille, 0 m. 662 ; périmètre thoracique, 0 m. 46 ; diamètre transversal, 0 m. 13.

A 14 mois, 8.320 gr.

A 4 mois l'enfant présentant un coryza suspect, on a prescrit un

traitement antisyphilitique à la mère nourrice ; la réaction de Wassermann faite le 23 mars 1912 est négative ; l'obstruction nasale persiste ; crâne natiforme.

Obs. 87. — Ta., Henriette (1337 C).

Ascendance : Père clicheur d'imprimerie ; mère 40 ans, Vpare, le 3e enfant est mort-né ; dernières règles, 22-24 février.

Née le 13 décembre 1909 à Boucicault, pesant 2.530 gr ; placenta, 540 gr.

Inscrit au Dispensaire à 19 mois : 6.290 gr. ; allaitement au biberon à 3 mois, 4 dents, ne marche pas ; rachitisme. thorax ; déformé ; pieds bots et mains botes.

Obs. 87 *bis*. — Or., Rolande. (1155 C).

Ascendance : Mère Ipare, premiers rapports le 15 juin.

Née le 6 mars 1911.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines, pesant 2.600 gr. ; allaitement au sein 4 mois.

Mise en nourrice de 4 à 14 mois ; la réaction de Wassermann, faite à 3 mois, a été négative.

Revue à 14 mois et demi : 8.860 gr. ; taille, 0 m. 728 ; 6 dents.

GROUPE D. — JUMEAUX

Obs. 88. — Ma., Henri (536 B).

Né le 25 juin 1898 au 7e mois de la grossesse, le frère jumeau décédé à 12 jours.

Envoyé à la Maternité pour être placé en couveuse ; allaitement au biberon.

Inscrit au Dispensaire à 13 mois : 6.400 gr. ; marche à 15 mois.

A 18 mois, 8.070 gr. ; 16 dents.

Obs. 89. — Le., Louise (3169 B).

Ascendance : Père, syphilis avouée ; mère, Ipare de 31 ans.

Née le 10 mai 1901 à la Pitié, dans le 8e mois de la grossesse, pesant 1.705 gr. ; placenta, 660 gr.

L'autre jumelle est décédée à 7 mois et demi.

Inscrite au Dispensaire à 10 mois ; allaitement mixte 7 mois et demi ; à 1 an, 1 dent ; 16 à 2 ans ; marche à 17 mois.

A 1 an, 7.000 gr. ; taille, 0 m. 675 (à 14 mois) ; à 2 ans, 10.200 gr.

A 6 ans et demi, 17.950 gr. ; taille, 1 m. 106.

A 7 ans et 10 mois, 19.350 gr. ; taille, 1 m. 172 ; périmètre thoracique, 0 m. 555 ; diamètre transversal, 0 m. 173 ; kératite à 2 ans et demi ; injections de biiodure de mercure à cette époque. Coqueluche à 7 ans.

Obs. 90. — Lhu., Paul (3288 B).

Ascendance : Mère Ipare, ne s'est pas fatiguée.

Né le 13 août 1901 à la clinique Baudelocque, pesant 2.000 gr.

Placenta, 850 gr. (pour les deux enfants).

Inscrit au Dispensaire à 9 mois : 3.760 gr. ; taille, 0 m. 565 ; allaitement au biberon. Pemphigus, athrepsie syphilitique; frictions mercurielles.

A 1 an, 3.900 gr. ; décédé le 18 août 1902.

Obs. 91. — Lhu., René (3289 B).

Frère jumeau du précédent ; poids de naissance, 2.150 gr.

Inscrit au Dispensaire à 9 mois : 3.740 gr. ; taille, 0 m. 564 ; allaitement au biberon.

Athrepsie syphilitique, frictions mercurielles.

A 1 an, 3.290 gr. ; décès, le 25 août 1902.

Obs. 92. — Se., Charlotte (5065 B).

Ascendance : Père typographe ; mère Ipare, albumine pendant la grossesse ; l'autre fœtus papyracé.

Née le 27 octobre 1903 à la clinique Baudelocque, pesant 2.800 gr. ; placenta, 480 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 mois et demi : 5.100 gr. ; allaitement mixte.

Revue à 3 ans : 13.000 gr. ; rachitisme léger ; aurait eu sa première dent à 18 mois, aurait marché à 2 ans et demi. Décédée (scarlatine) à 3 ans et 2 mois.

Obs. 93. — Fla., Marcelle (6300 B).

Ascendance : Mère IVpare, albumine, dernières règles le 17 août.

Née le 4 avril 1904 à la Maternité, pesant 1.950 gr. ; placenta, 700 gr. pour les deux enfants. L'autre jumelle pesant 1.300 gr. est décédée.

Inscrite au Dispensaire à 16 mois ; allaitement au sein 7 mois et demi.

A 16 mois, 7.800 gr., 6 dents, ne marche pas, rachitisme.

Obs. 94 et 95. — Sou., Roland et Albert (7406, 7407 B).

Ascendance : Père tuberculeux ; mère petite, IIIpare, l'aîné décédé à 1 an de méningite, la seconde née en 1905, vivante et paraissant bien portante.

Nés le 6 août 1906 à la Maternité, au 9e mois de la grossesse ; placenta commun, 1.150 gr.

Roland	Albert
A la naissance, 2.200 gr.	A la naissance : 2.600 gr.
Inscrit au Dispensaire à 3 semaines : 2.210 gr.	Inscrit à 3 semaines : 2.470 gr.
Allaitement mixte, muguet, diarrhées fréquentes.	Même allaitement.
Première dent à 8 mois et demi, 5 à 1 an, 12 à 18 mois, 17 à 2 ans.	Première dent à 8 mois et demi, 3 à 1 an, 11 à 18 mois, 16, à 2 ans.
A 6 mois, 4.920 gr ; à 1 an, 6.370 gr.	A 6 mois, 5.030 gr. ; à 1 an, 5.900 gr.
A 18 mois, 8.250 gr. ; à 2 ans, 8.890 gr.	A 18 mois, 8.020 gr. ; à 2 ans, 8.370 gr.
Fontanelle soudée et marche à 30 mois.	Fontanelle soudée à 26 mois, marche à 30 mois.
Rougeole à 1 an, avec bronchopneumonie, bronchites fréquentes ensuite, toux coqueluchoïde.	Même état morbide, simultanément.
Rachitisme, craniotabes les premiers mois.	
Sirop de Gibert à 28 mois.	Même traitement.
A 2 ans et demi, 10.480 gr. ; taille, 0 m. 818 ; périmètre thoracique, 0 m. 455 ; diamètre transversal, 0 m. 155.	A 2 ans et demi, 10.040 gr. ; taille, 0 m. 79 ; périmètre thoracique, 0 m. 475 ; diamètre transversal, 0 m. 158.
A 3 ans, 10.020 gr. ; fréquentes poussées de congestion pulmonaire, toux coqueluchoïde.	A 3 ans, 10.870 gr. Même état morbide.
Réaction de Wassermann négative le 27 janvier 1910.	Réaction de Wassermann négative.
A 4 ans, 12.700 gr. ; taille, 0 m. 944 ; périmètre thoracique, 0 m. 53 ; diamètre transversal, 0 m. 156.	A 4 ans, 12.900 gr. ; taille, 0 m. 924 ; périmètre thoracique, 0 m. 515 ; diamètre transversal, 0 m. 16.
A 5 ans, 13.850 gr. ; taille, 0 m. 997 ; périmètre thoracique, 0 m. 53 ; diamètre transversal, 0 m. 164.	A 5 ans, 14.000 gr. ; taille, 0 m. 982 ; périmètre thoracique, 0 m. 53 ; diamètre transversal, 0 m. 165.

A 5 ans et demi, 15.150 gr. ; taille, 1 m. 03; périmètre thoracique, 0 m. 545 ; diamètre transversal, 0 m. 164.

Le rachitisme persiste, fémurs et tibias arqués, thorax déformé en carène, bosses frontales saillantes. Cet enfant a parlé très tard (3 ans) et parle encore très mal (dysarthrie) ; il fréquente l'école mais, pour cette raison, ne peut se mêler aux jeux de ses camarades.

Les lésions broncho-pulmonaires semblent sclérosées.

A 5 ans et demi, 15.850 gr. ; taille, 1 m. 013 ; périmètre thoracique, 0 m. 555 ; diamètre transversal, 0 m. 166.

Même état rachitique ; mêmes troubles du langage ; mêmes signes d'auscultation.

Cet enfant a eu à 5 ans une adénite cervicale subaiguë avec torticolis.

Obs. 96 et 97. — Bl., Lucien et Germaine (8541 et 8542 B). Ascendance : Mère Hpare ; nés le 26 août 1906.

Lucien	Germaine
Inscrit au Dispensaire à 15 jours : 1.840 gr.	Inscrite au Dispensaire à 15 jours : 1.630 gr.
Allaitement exclusif au sein 8 mois,	Allaitement au sein, 8 mois.
2 dents à 8 mois, 12 à 18 mois.	Première dent à 8 mois ; 12 à 18 mois.
A 6 mois, 6.000 gr. ; à 25 mois, 9.200 gr. ; taille, 0 m. 742 ; marche à 14 mois.	A 6 mois, 5.000 gr. ; à 25 mois, 8.320 gr. ; taille, 0 m. 711 ; marche à 16 mois et demi.
A 4 ans et demi, 13.700 gr. ; taille, 0 m. 92 ; périmètre thoracique, 0 m. 52 ; diamètre transversal, 0 m. 16.	A 4 ans et demi, 13.700 gr. ; taille, 0 m. 914 ; périmètre thoracique, 0 m. 52 ; diamètre transversal, 0 m. 162.
A 5 ans et demi, 14.500 gr. ; taille, 0 m. 964 ; périmètre thoracique, 0 m. 525 ; diamètre transversal, 0 m. 162.	A 5 ans et demi, 15.350 gr. ; taille, 0 m. 977 ; périmètre thoracique, 0 m. 55 ; diamètre transversal, 0 m. 174.

Obs. 98. — De., Lucien (9398 B).

Né en août 1904; le frère jumeau décédé à 2 mois.

Élevé en couveuse 1 mois, puis en nourrice.

Inscrit au Dispensaire à 4 ans : 13.350 gr.

A 6 ans, 15.950 gr., adénoïdien, rachitique, bosses frontales très saillantes. La réaction de Wassermann est positive le 28 juin 1910.

Obs. 99. — Cha., Gaston (178 C).

Ascendance ; Mère Ipare.

Né le 16 août 1909 à la clinique Tarnier, au 7e mois de la grossesse, pesant 1.850 gr. ; placenta, 1.000 gr. (commun aux 2 enfants) ; l'autre jumelle est décédée le 6e jour.

Élevé en couveuse 2 mois ; a suivi ensuite la consultation de nourrissons de la clinique Tarnier ; allaitement au sein 8 mois ; mixte jusqu'à 15 mois.

Inscrit au Dispensaire à 9 mois : 6.640 gr. ; première dent à 10 mois et demi, 11 à 18 mois, 16 à 2 ans. Marche à 16 mois.

La réaction de Wassermann, faite le 23 juin 1910, à 10 mois, est positive. L'enfant ne présente à cette époque qu'une pâleur suspecte ; on prescrit à la mère nourrice du sirop de Gibert ; léger rachitisme et toux coqueluchoïde à 14 mois et demi ; la fontanelle est déjà soudée à cette époque ; troubles digestifs fréquents.

A 18 mois 9.850 gr. ; taille, 0 m. 774 ; périmètre thoracique, 0 m. 475 ; diamètre transversal, 0 m. 149.

A 2 ans : 11.550 gr. ; taille 0 m. 848 ; périmètre thoracique 0 m. 50 ; diamètre transversal, 0 m. 155.

A 2 ans et demi, 13.550 gr. ; taille, 0 m. 906 ; périmètre thoracique. 0 m. 52 ; diamètre transversal, 0 m. 16.

L'enfant a parlé tard, à 2 ans, et parle mal encore ; il présente encore de l'incontinence d'urine diurne et nocturne ; la pâleur, les troubles digestifs persistent. Nouvelle cure de sirop de Gibert.

Obs. 100. — Var., Marie-Louise (1324 C).

Ascendance : Mère, a eu scarlatine en 1908. Albuminurie pendant la grossesse.

Ipare ; dernières règles, 27-30 septembre.

Née le 11 juin 1910 à Boucicaut (298) pesant 2.390 gr. ; placenta,

790 gr.; la sœur jumelle est décédée à 8 mois et demi de bronchopneumonie.

Allaitement au sein 3 mois, mixte jusqu'à 8 mois.

A 2 mois l'enfant a eu des crises convulsives ; elle a été montré à M. Marfan et à M. Comby qui ont prescrit des frictions mercurielles, continuées presque sans arrêt depuis cette époque.

Inscrite au Dispensaire à 13 mois et demi : 5.640 gr., 6 dents.

On constate des érosions suspectes de la muqueuse anale, hydrocéphalie considérable (diamètre de la tête antéro-postérieur, 0 m. 132; transversal, 0 m. 144).

Nouvelles crises convulsives à 15 et à 17 mois.

A 18 mois, 6.560 gr.; taille, 0 m. 725; périmètre thoracique, 0 m. 42 : diamètre transversal, 0 m. 144.

La réaction de Wassermann, faite à cette époque, est positive; l'hydrocéphalie ne s'est pas accentuée.

GROUPE A'

Obs. 101. — Du., Pierre (85 C).

Ascendance: Mère IIpare; l'aîné, né en 1903, à terme, est vivant. Né le 1er mars 1910.

Inscrit au Dispensaire à 16 jours ; 1.730 gr. ; débile ; T., 34° ; allaitement au sein, gavage. Décédé le 24 mars.

Obs. 102. — Pe., Alice, (493 C).

Ascendance: mère, 30 ans, IIIpare, les 2 aînés vivants ; dernières règles, 3 octobre.

Née le 22 juin 1910, pesant 1.900 gr. ? (renseignements fournis par la mère.)

Inscrite au Dispensaire à 5 mois : 3.980 gr. ; allaitement au sein, 5 mois, puis mixte.

Pleurésie gauche avec épanchement à 6 mois. Décédée à 7 mois.

GROUPE B'

Obs. 103. — Voir obs. 43 *bis*.

Obs. 104. — Col., Louise (2765 B .

Née le 1er septembre 1901 à la Clinique Tarnier, pesant 2.360 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois : 2.970 gr. ; allaitement au sein 5 mois, mixte à 8 mois; mis à la crèche ; à 8 mois, 4.150 gr.

Décédée à 9 mois de broncho-pneumonie.

Obs. 105. — Du., Raymond (3200 B).

Né le 5 janvier 1902, envoyé en couveuse à la Maternité.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois et demi, pesant 2.220 gr. ; allaitement au sein d'une nourrice 2 mois, puis biberon ; à 11 mois, 6.470 gr.

Décédé à 11 mois de broncho-pneumonie.

Obs. 106. — Ma., Raymond (4167 B).

Mère Ipare. Né le 18 mars 1903, pesant 2.320 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois ; 2.850 gr. ; allaitement au sein ; à 2 mois, 3.820 gr.

Obs. 107. — Le., Augustine (4348 B).

Mère Ipare. Née le 26 juin 1903 à la Clinique Tarnier, pesant 2.250 gr. ; placenta, 400 gr.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours : 2.700 gr. ; débile, muguet; allaitement au sein, mixte à 6 semaines ; à 3 mois, 3.955 gr.

Décédée à 1 an, de rougeole ?

Obs. 108. — An., Paul (4455 B).

Né le 17 juin 1903, pesant 2.050 gr.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois : 4,435 gr. ; allaitement mixte.

Obs. 109. — Da., Lucienne (4635 B).

Ascendance. Mère IIIpare. l'aîné prématuré, mort à 1 jour.

Dernières règles, 9-11 mars 1903.

Née le 13 novembre 1903 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.430 gr. ; placenta, 550 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 3 070 gr. ; allaitement au sein ; à 7 mois, 5.750 gr.

Obs. 110. — Bau., Germaine (5531 B).

Née le 27 septembre 1904, pesant 2.280 gr.

Inscrite au Dispensaire à 18 jours: 2.480 gr. ; allaitement au sein; 4 mois, mixte jusqu'à 5 mois; troubles digestifs fréquents; à 7 mois et demi, 4.740 gr.

Obs. 111. — Per., Jeanne (5611 B).

Ascendance : Père plombier. Mère Ipare ; dernières règles, 24-29 mai.

Née le 23 février 1904 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.280 gr. ; placenta, 500 gr. (infarctus).

Inscrite au Dispensaire à 9 mois : 7.810 gr. Allaitement au sein, 2 dents.

Obs. 112. — Cha., Léon (6079 B).

Mère IIpare, 1 avortement ; albuminurie ; dernières règles, 1-3 mai.

Né le 27 janvier 1905 à la Charité, pesant 2.345 gr. ; placenta, 350 gr.

Inscrit au Dispensaire à 3 semaines : 3.C00 gr. ; allaitement au sein ; à 2 mois, 3.880 gr.

Obs. 113. — Per., Marie-Louise (6115 B).

Mère IIpare ; dernières règles, fin mai.

Née le 16 février 1905 à la Charité, pesant 2.280 gr. ; placenta, 270 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 semaines : 2.640 gr.

Obs. 114. — Jol., Suzanne (6454 B).

Mère IIpare ;

Née le 13 novembre 1904 à la Clinique Tarnier, pesant 2.450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 23 jours : 3.370 gr. ; allaitement au sein, 7 mois et demi, tr. digestifs ; à 8 mois et demi, 6.040 gr.

Obs. 115. — Cas., Maurice (7188 B).

Mère Ipare. Dernières règles, 14 juillet.

Né le 6 avril 1906 à la Maternité, pesant 2.400 gr. ; placenta, 350 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois : 2.565 gr. ; allaitement au sein ; à 7 semaines, 2.950 gr.

Obs. 116. — Ca., Victor (7268).

Mère 21 ans, rachitique, scoliotique. IIpare, 1 mort-né en 1903.

Dernières règles, 12-15 décembre.

Né le 21 septembre 1905 à la Clinique Baudelocque (1421). Opér. de Porro, pesant 2.370 gr. ; placenta, 340 gr.

Inscrit au Dispensaire à 9 mois : 5.090 gr. Allaitement mixte (crèche).

Sort de l'hôpital d'Aubervilliers où il était hospitalisé (broncho-pneumonie).

Obs. 117. — Dis., Marguerite (7422 B).

Née le 14 avril 1906 à Beaujon, pesant 2.300 gr.

Inscrite au Dispensaire à 4 mois et demi : 4.850 gr. ; allaitement au sein. Ostéomyélite du fémur.

Obs. 118. — Pie., Léon (7515 B).

Mère IIIpare, l'aînée vivante, 1 mort-né en 1905.

Né le 22 août 1906 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.000 gr. ; placenta, 300 gr.

Inscrit au Dispensaire à 3 mois, pesant 3.860 gr., allaitement au sein.

Obs. 119. — An., Juliette (8325 B).

Mère IIpare, l'aînée à terme ; dernières règles, 3-6 novembre.

Née le 17 juillet 1907 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.380 gr. ; placenta, 430 gr.

Inscrite au Dispensaire à 13 jours : 2.420 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 120. — Kr., Hélène (9096 B).

Née le 25 décembre 1907 à la clinique Tarnier, pesant 2.025 gr.; placenta, 430 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.880 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 121. — Le., Suzanne (9227 B).

Mère Ipare; dernières règles, 25 mai.

Née le 9 mars 1908 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.400 gr.; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 mois: 4.310 gr; allaitement au biberon.

Obs. 122. — Ren., Pauline (9261 B).

Née le 16 mai 1908.

Inscrite au Dispensaire à 7 semaines : 2.350 gr.; débile. T. 36°,5 ; allaitement au sein.

A 2 mois et demi, 2.360 gr.

Obs. 123. — Mo., Christiane (9908 B).

Née le 25 février 1906 à Boucicaut, pesant 2.300 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 mois et demi : 5.785 gr. Allaitement au sein.

Obs. 124. — Bon., Suzanne (10023 B).

Mère IIpare; dernières règles, 10 février.

Née le 19 octobre 1909 à la Maternité, pesant 2.125 gr. ; placenta, 400 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 2.550 gr. ; allaitement au biberon.

Obs. 125. — De,, Henri (10028 B).

Mère Ipare ; dernières règles, 20 février.

Né le 8 novembre 1909.

Inscrit au Dispensaire à 12 jours : 2.380 gr. ; allaitement au sein 1 mois, mixte 1 mois.

La réaction de Wassermann, faite le 26 mai 1910, est négative.

A 7 mois, 7.530 gr. Décédé à 19 mois.

Obs. 126. — Thi., Raymond (411 C).

Mère Ipare ; dernières règles, 10-13 juin.

Né le 16 février 1910 à la Charité, pesant 2.380 gr. ; placenta, 480.

Inscrit au Dispensaire à 7 mois : 5.630 gr ; allaitement au biberon.

Obs. 127. — Voir obs. 144 *bis*.

Obs. 128. — Hil., Raymonde (518 C).

Mère 16 ans et demi, Ipare ; dernières règles, 25 février-1er mars.

Née le 3 novembre 1910 et transportée aussitôt à Boucicaut (827) ; poids, 2.370 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 2.400 gr., débile T. 35°,4 ; enveloppement dans un taffetas ; allaitement au sein 6 semaines, puis mixte.

A 2 mois et demi, 3.600 gr.

Obs. 129. — La., Gabriel (1042 C).

Mère Ipare, albuminurie ; dernières règles, 8-10 avril.

Né le 1er janvier 1911 à Boucicaut, pesant 2.370 gr. ; placenta, 470 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois : 3.030 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 130. — Fil., Raymonde (1443 C).

Mère Ipare ; premiers rapports le 25 juin ; dernières règles, 1er juillet.

Née le 3 février 1911 ; élevée en couveuse.

Inscrite au Dispensaire à 7 mois : 3.720 gr. ; allaitement au biberon, gastro-entérite.

A 8 mois, érythème fessier suspect, frictions mercurielles.

A 9 mois et demi : 4.310 gr. ; 1 dent.

Obs. 131. — Gon., Henriette (1491 C).

Mère Ipare, dernières règles, 20-23 novembre.

Née le 18 août 1911 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.400 gr. ; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 7 semaines : 2.810 gr. ; débile ; allaitement en nourrice, le 1er mois, remise au sein maternel à 7 semaines ; à 6 mois, 4.700 gr.

Décédée à 8 mois (rougeole).

Obs. 132. — Ron., Antoinette (2020 C).

Mère IIIpare, 1 avortement, 1 enfant décédé de méningite.

Née le 27 octobre 1911 à la Charité, pesant 2.450 gr. ; placenta, 420 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 mois : 4.400 gr; allaitement au sein ; angiome de la grande lèvre. Fontanelle très large, craniotabes ; à 6 mois, 6.240 gr.

GROUPE C'

Obs. 133. — Voir obs. 14 *bis*.

Obs. 134. — Voir obs. 6 *bis*.

Obs. 135. — Flei., Hélène (806 B).
Ascendance : Syphilis maternelle avouée.
Née le 16 septembre 1899.
Inscrite au Dispensaire à 35 jours : 3.050 gr. Allaitement mixte.
Pemphigus, foie gros, frictions mercurielles. A 6 mois, 6.200 gr.
Décédée à 10 mois.

Obs. 136. — Lu., Adolphe (2573 B).
Ascendance : Mère IVpare, 1 avortement, 1 mort-né, 1 enfant mort en bas âge.
Né le 5 juin 1901 à la clinique Tarnier.
Inscrit au Dispensaire à 2 mois et demi : 2.720 gr. ; allaitement au biberon.
A 3 mois, 2.860 gr. ; athrepsie suspecte de syphilis.

Obs. 137. — Ra., Marie (2781 B).
Née le 14 octobre 1901 à la Maternité, pesant 2.650 gr. ; placenta, 500 gr.
Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 2.870 gr. ; allaitement au sein.
Décédée à 6 semaines.

Obs. 138. — Kl., Alfred (3090 B).
Mère couturière, Ipare.

Né le 8 janvier 1902 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.530 gr.; placenta, 360 gr.

Inscrit au Dispensaire à 25 jours: 2.400 gr. Allaitement mixte, 4 mois.

Décédé à 6 mois (gastro-entérite).

Obs. 139. — Ou., Juliette (3115 B).

Née le 27 décembre 1901 à la Charité, pesant 2.580 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaines : 3.600 gr.

Décédée à 2 mois (broncho-pneumonie).

Obs. 140. — Ta., Germaine (3154 B).

Née le 22 décembre 1901 au 9e mois de la grossesse.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.500 gr; allaitement au sein 6 mois.

Pemphigus syphilitique. Nœvus de la paroi abdominale. Double hernie inguinale. A 9 mois et demi : 5.850 gr.

Obs. 141. — Fau., Valentine (4023 B).

Mère Ipare; dernières règles, 4 février.

Née le 31 octobre 1902 à la Charité, pesant 2.800 gr.; placenta, 610 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi : 3.290 gr.; allaitement mixte.

Obs. 142. — Si., Maurice (4388 B).

Mère 36 ans, IIpare, le 1er né prématuré, décédé; dernières règles, du 1er au 8 novembre. Albuminurie,

Né le 26 juillet 1903 à la clinique Baudelocque, pesant 2.850 gr.; placenta, 440 gr.

Inscrit au Dispensaire à 10 jours, 2.720 gr; allaitement au sein, mixte à 2 mois.

A 3 mois, 4.705 gr. Ictère à la naissance, coryza purulent.

Obs. 143. — Les., Léonie (4413 B).

Née le 29 septembre 1902 à la clinique Tarnier, pesant 2.720 gr.; placenta, 520 gr.

Inscrite au Dispensaire à 10 mois : 7.815 gr.; 2 dents : allaitement au sein, 7 mois.

Obs. 144. — Som., Louise (5080 C).

Ascendance : Mère IIpare. Aînée à terme en 1898 ; dernières règles, 5 avril.

Née le 7 janvier 1904 à la Maternité, pesant 2.800 gr. ; placenta, 380 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines : 3.480 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 145. — Pl., Fernand (501 C).

Frère de la précédente. La mère a eu dans l'intervalle 2 avortements et un autre enfant qui est décédé. L'accouchement aurait eu lieu, pour celui-ci, 7 mois après un seul rapport.

Né le 26 juin 1910. Allaitement au sein, 2 mois et demi puis biberon (crèche).

Inscrit au Dispensaire à 5 mois, 1.610 gr. ; à 7 mois, 4.545 ; diarrhée, bronchite.

Obs. 145. — Pi., Marcel (5171 B).

Ascendance : Mère IXpare, 1 avortement, 4 enfants décédés.

Cette grossesse serait d'un père différent. Dernières règles, 1er-3 juillet.

Inscrit au Dispensaire à 16 jours : 2.220 gr. ; allaitement mixte.

Fissure palatine incomplète.

Décédé au cours de la première année.

Obs. 146. — Ad., Louis (5418 B).

Mère Xpare ; né le 8 mai 1904.

Inscrit au Dispensaire à 3 mois : 2.820 gr. ; débile, T. 35°,8 ; allaitement au sein, mixte à 6 mois et demi. A 8 mois 4.400 gr.

Décédé à 8 mois (broncho-pneumonie).

Obs. 147. — Le., Gabrielle (6108 B).

Mère IIpare. Dernières règles, 5-8 mars, albuminurie.

Née le 8 décembre 1904 à la Charité, pesant 2.630 gr. ; placenta, 430 gr.

Inscrite au dispensaire à 3 mois : 4.760 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 148. — Cha., Édouard (6161 B).

Mère Ipare ; dernières règles, 27 juillet-2 août.

Né le 16 mars 1905 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.950 gr. ; placenta, 510 gr.

Inscrit au Dispensaire à 3 semaines : 2.560 gr., débile. T. 35°,8. Allaitement au sein, mixte temporaire de 1 à 2 mois. A 4 mois, 4.680 gr.

Obs. 149. — Vaï., Henriette (6234 B).

Née le 16 mai 1905 à Boucicaut, pesant 2.500 gr.

Inscrite au Dispensaire à 14 jours : 2.570 gr. Non revu.

Obs. 150. — Gi., Louis (6287 B).

Né le 24 juin 1905.

Inscrit au Dispensaire à 17 jours : 2.520 gr. Allaitement au sein.

Obs. 151. — Ga., Henri (7570 B).

Né le 11 novembre 1906 à la Clinique Tarnier.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois, 2.720 gr. ; débile, T. 35°6 ; allaitement au sein, kyste du cordon. A 7 mois, 5.690 gr., 2 dents.

Obs. 152. — Ja., Odette (8106 B).

Née le 5 février 1907 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.740 gr. ; placenta, 320 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines, 320 gr. ; allaitement au sein.

Décédée à 2 mois (broncho-pneumonie).

Obs. 153. — Gui, Yvonne (8179 B).

Née IIpare, l'aînée décédée à 7 mois ; dernières règles, 22 avril.

Née le 5 février 1907 à la Maternité, pesant 2.600 gr. ; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi, 2.840 gr. ; allaitement mixte (crèche).

A 5 mois, 3.780 gr. ; coqueluche.

Obs. 154. — Pe., Roger (9048 B).

Né le 30 novembre à la Charité, pesant 2.950 gr. ; placenta, 480 gr.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois, 3.860 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 155. — Tri Lucien (9122 B).

Né le 4 mars 1908 à la Maternité, pesant 2.670 gr.; placenta, 450 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois, 3.230 gr.; allaitement au sein ; à 2 mois, 4.310 gr.

Obs. 156. — Rou., Albert (9195 B).

Né le 11 avril 1908.

Inscrit au Dispensaire à 6 semaines, 2.740 gr.; débile. T. 35°,4; allaitement au sein.

A 3 mois et demi, 3.810 gr.

Obs. 157. — Tré., Maria (9210 B).

Née le 1er mai 1908 à la Clinique Beaudelocque, pesant 2.980 gr.; placenta, 520 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois : 3.560 gr. ; allaitement mixte. Non revu.

Obs. 158. — Gau., Georgette (9294 B).

Née le 1er juillet 1908.

Inscrite au Dispensaire à 25 jours, 2.770 gr.; allaitement au biberon.

Obs. 159. — Le., Marcelle (9456 B).

Mère IIpare, le premier mort-né. Dernières règles 1er-7 novembre.

Née le 7 août 1908 à la Charité, pesant 2.630 gr.; placenta, 610 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 mois, 4.860 gr.; allaitement au sein ; mixte à 5 mois.

A 11 mois et demi, 6.900 gr., 6 dents, mal alimenté.

Obs. 160. — Gran., Suzanne (9461 B).

Mère tuberculeuse, 37 ans, Ipare.

Née le 18 octobre 1908 à la Maternité, pesant 3.000 gr. ; placenta, 550 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 semaines, 2.850 gr. ; débile. T. 36°,6 ; allaitement au biberon.

A 9 mois, 7.090 gr.; 1 dent.

Obs. 161. — Pro., Isabelle (9570 B).

Née le 9 novembre 1908 à la Charité, pesant 2.350 gr. ; placenta, 440 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, 2.760 gr. ; allaitement mixte. A 4 mois, 4.060 gr.

Obs. 162. — Au., Marcelle (9595 B).

Mère Vpare, 3 enfants décédés.

Née le 7 janvier 1909 à la Clinique Beaudelocque, pesant 2.520 gr. ; placenta, 450 gr. (infarctus).

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, 2.660 gr. ; allaitement au sein. A 4 mois, 5.885 gr.

Obs. 163. — Bla., Edouard (9636 B).

Mère Ipare. Dernières règles, 1er mars.

Né le 29 novembre 1908 à la Clinique Tarnier, pesant 3.000 gr. ; placenta, 530 gr.

Inscrit au Dispensaire à 3 mois et demi, 3.960 gr. ; allaitement au biberon ; à 10 mois, 7.770 gr.

Obs. 164. — Mou., Simonne (9666 B).

Née le 7 janvier 1909 à la Clinique Tarnier, pesant 2.800 gr. ; placenta, 570 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi, 3.980 gr. Allaitement mixte. A 5 mois, 5.875 gr.

Obs. 165. — La., Ernest (9744 B).

Mère IIpare, l'aîné prématuré. Dernières règles, 10-15 mars.

Né le 18 novembre 1908 à la Clinique Tarnier, pesant 2.600 gr. ; placenta, 420 gr.

Inscrit au Dispensaire à 5 mois et demi, 5.715 gr. ; allaitement au biberon.

Obs. 166. — Gr., Madeleine (9846 B).

Née le 11 juin 1909. Inscrite au Dispensaire à 3 semaines, 2.625 gr., ictère ; allaitement au sein.

A 6 mois, 6.650 gr. ; taille, 0 m. 632.

Obs. 167. — Hou., Simonne (9875 B).

Née le 13 mai 1909 à la Maternité, pesant 2.500 gr.; placenta, 425 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois et demi, 3.120 gr.; allaitement au sein, mixte à 2 mois.

A 3 mois, 3.310 gr.

Obs. 168. — La., Marthe (9941 B).

Ascendance: grand'mère maternelle aliénée; mère Ipare; dernières règles, 8 décembre.

Née le 23 août 1909 à la Clinique Baudelocque, pesant 2.720 gr.; placenta, 550 gr.

Inscrite au Dispensaire à 15 jours, 2.440 gr.; allaitement au sein; vomissements, hernie ombilicale.

A 6 mois, 5.470 gr.; taille, 0 m. 615.

La réaction de Wassermann, faite le 9 mars 1910, est négative.

Décédée à 7 mois (broncho-pneumonie).

Obs. 169. — Ron., Fernande (10041 B).

Née le 5 novembre 1909 à la Pitié, pesant 2.540 gr.; placenta, 470 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, 2.525 gr. Allaitement au sein.

Obs. 170. — Ro., Alexandre (23 C).

Né le 28 décembre 1909.

Inscrit au Dispensaire à 3 semaines, 2.600 gr., débile. T. 36°,3. Allaitement au sein, 2 mois. A 2 mois et demi, 3.900 gr.

Obs. 171. — Hau., Marthe (114 C).

Ascendance : mère IIIpare, 1 avortement, 1 enfant de 5 ans, syphilitique héréditaire (Wassermann).

Née le 11 février 1910.

Inscrite au Dispensaire à 7 semaines, 3.010 gr.; allaitement au biberon; à 4 mois, 4.450 gr.

A 3 mois, onyxis suspecte; la réaction de Wassermann faite à deux reprises le 12 avril et le 24 mai 1910, est négative.

Obs. 173. — Ma., Andrée (162 C).

Née le 15 avril 1910. Inscrite au Dispensaire à 17 jours ; 2.800 gr. Allaitement au sein, 6 mois; vomissements. A 6 mois, 5.800 gr.

Obs. 174. — Bel., Marthe (188 C).

Née le 21 avril 1910. Inscrite au Dispensaire à 3 semaines : 2.810 gr. ; allaitement au sein.

Obs. 175. — Cam., Albert (1437 C).

Mère Ipare; dernières règles, 13 décembre.

Né le 15 août 1911. Inscrit au Dispensaire à 1 mois, 2.550 gr. ; allaitement au sein ; vomissements jusqu'à 4 mois et demi ; à 1 mois, ictère, grosse rate, syphilides anales.

Le traitement mercuriel est mal supporté (diarrhée à chaque essai).

A 6 mois, 4.370 gr. ; à 9 mois, 6.390 gr. ; pas de dents.

Légère hydrocéphalie constatée à 7 mois, craniotabes,

Obs. 476. — Blan., Marcel (208 C).

Né le 9 mai 1910. Inscrit au Dispensaire à 17 jours, 2.740 gr. ; allaitement au sein.

A 6 semaines, 3.230 gr.

Obs. 177. — Si., Marie-Louise (299 C).

Née le 27 décembre 1909 à la Charité, pesant 2.750 gr. ; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 6 mois, 5.180 gr; allaitement au sein, 4 mois, puis mixte.

A 11 mois, 6.030 gr. ; pas de dents.

Obs. 178. — Fer., Charles (490 C).

Mère, 19 ans, Ipare; dernières règles, 27 janvier.

Né le 28 octobre 1910, à Boucicaut, pesant 2.910 gr. ; placenta, 450 gr.

Inscrit au Dispensaire à 3 semaines, 3.180 gr. ; allaitement au sein.

Kyste du cordon, hydrocèle; à 8 mois, 8.060 gr.

Obs. 179. — Co., Lucien (511 C).

Né le 16 novembre 1910 chez sage-femme agréée des hôpitaux.

Inscrit au Dispensaire à 13 jours, 2.760 gr.; à 6 mois, 5.090 gr.

Pyodermite incisée par la sage-femme le 23 novembre; phlegmon du cou le 29 novembre.

Obs. 180. — Jui., Fernande (568 C).

Mère Ipare, dernières règles du 5 au 8 mars; rapports le 28 novembre.

Née le 1er décembre 1910 à Boucicaut, pesant 2.500 gr.; placenta, 360 gr.

Inscrite au Dispensaire à 1 mois, 2.970 gr.; allaitement au sein, mixte à 4 mois et demi.

A 7 mois, 5.690 gr.

Obs. 181. — Du., Gabrielle (1171 C).

Née le 1er décembre 1910 à Boucicaut, pesant 2.670 gr.; placenta, 520 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 mois, 3.830 gr.; allaitement au sein, première dent à 7 mois.

Obs. 182. — Gui., Charles (1244 C).

Né le 1er mai 1911 à Boucicaut, pesant 2.820 gr.; placenta, 450 gr.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois, 3.020 gr.; allaitement au sein.

Obs. 183. — Gof., Madeleine (1259 C).

Née le 27 mai 1911 à la Maternité, pesant 2.975 gr.; placenta, 450 gr.

Inscrite au Dispensaire à 17 jours, 3.020 gr.; allaitement au sein.

Obs. 184. — Ha., Frida (1381 C).

Née le 16 juillet 1911, pesant 2.700 gr.

Inscrite au Dispensaire à 5 semaines, 3.000 gr.; allaitement au sein, mixte à 5 mois et demi.

A 6 mois, 5.010 gr.

Obs. 185. — Win., Roger (1400 C).

Ascendance: Père compositeur d'imprimerie, éthylique. Mère

IXpare, tous vivants ; dernières règles, 28 octobre ; hydramnios.

Né le 10 juillet 1911.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois, pesant 3.900 gr. ; allaitement au biberon ; premières dents à 9 mois.

Hernie inguinale droite. Bec-de-lièvre et division complète de la voûte et du voile du palais. Opération par M. Broca à 4 mois.

A 6 mois, 6.150 gr. ; foyer de broncho-pneumonie au sommet droit, évolution tuberculeuse. La réaction de Wassermann, faite à 10 mois, est positive.

Décès à 10 mois (tuberculose).

Obs. 186. — May., Suzanne (1459 C).

Ascendance : Mère IIIpare, 23 ans, l'aîné pottique, le second décédé ; dernières règles, 7-11 septembre.

Née le 29 juin 1911 à Boucicaut, pesant 2.740 gr. ; placenta, 410 gr.

Inscrite au Dispensaire à 3 mois, 3.500 gr.

GROUPE D' (jumeaux

Obs. 187. — Den., Alice (2837 B).

Née le 2 octobre 1901 à Baudelocque, pesant 2.650 gr. ; placenta, 610 gr.

Inscrite au Dispensaire à 2 mois, 3.130 gr. ; était en nourrice.

Athrepsie. Décédée à 7 mois.

Obs. 188. — Den., Laure (3339 B). Sœur jumelle de la précédente.

A la naissance, 2.620 gr. ; placenta, 570 gr.

Inscrite au Dispensaire à 8 mois, 4.890 gr. ; était en nourrice.

Athrepsie, convulsions au cours d'une broncho-pneumonie. Décédée à 8 mois et demi.

Obs. 189. — Jo., Marthe (3534 B).

Née le 8 août 1902 ; le frère jumeau mort-né.

Inscrite au Dispensaire à 16 jours, 2.270 gr. ; allaitement au sein.

A 6 semaines, 3.140 gr. ; coqueluche. Décédée à 2 mois (broncho-pneumonie).

Obs. 190. — Le., André (4165 B).

Né le 29 décembre 1902 à la clinique Tarnier, pesant 2.450 gr. ; placenta 800 gr., commun aux deux jumeaux.

Inscrit au Dispensaire à 3 mois et demi, 4.700 gr. ; allaitement mixte.

Décédé à 4 mois et demi (méningite).

Obs. 191. — Le., Madeleine (4166 B). Sœur jumelle du précédent.

A la naissance, 2.650 gr. Inscrite au Dispensaire à 3 mois et demi. Allaitement mixte.

Décédée à 4 mois et demi.

Obs. 192. — Lel., Georges (4290 B).

Mère tuberculeuse.

Né le 19 août 1905 à la Maternité, pesant 2.400 gr.; placenta-800 gr. pour les 2 enfants.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois. 3.740 gr.; allaitement au biberon.

Décédé à 4 mois, quelques jours après la mère.

Obs. 193. — Lel., Marcel (4311 B). Frère jumeau du précédent.

A la naissance, 2.500 gr. Inscrit au Dispensaire à 2 mois, 3.670 gr.; allaitement au biberon.

Décédé à 3 mois.

Obs. 194. — Mi. Francine (5010 B).

Mère IIpare, la première grossesse également gémellaire; enfants décédés.

Née le 17 novembre 1903, l'autre jumelle décédée à 1 mois.

Inscrite au Dispensaire à 6 semaine, 2.570 gr.; allaitement au biberon.

Syphilides des fesses et des grandes lèvres. Injection de biiodure de mercure.

A 5 mois et demi, 3.225 gr. Décédée à 6 mois (athrepsie syphilitique).

Obs. 195. — Aug., Suzanne (5265 B).

Mère tuberculeuse; accouchement au 8e mois. Décédée en 1904.

Née le 30 avril 1904. Inscrite au Dispensaire à 4 mois, pesant 2.330 gr.

Allaitement mixte, 2 mois. Décédée à 2 mois et demi.

Obs. 196. — Aug., Henri (5266 B), frère jumeau de la précédente.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois; allaitement mixte, 2 mois. Décès à 5 mois.

Obs. 197. — Re., Madeleine (6199 B).

Née le 8 novembre 1904 à la clinique Baudelocque, pesant 2.720 gr.; placenta, 980 gr. pour les 2 jumelles.

Inscrite au Dispensaire à 6 mois, 5.020 gr.; allaitement au sein, 4 mois, puis biberon.

Diarrhées et bronchites fréquentes; à 10 mois, 5.740 gr.

Obs. 198. — Re., Joséphine (6200 B). Sœur jumelle de la précédente.

A la naissance, 2.410 gr. Inscrite au Dispensaire à 6 mois, 5.720 gr.; biberon à 4 mois.

A 10 mois, 6.770 gr.

Obs. 199. — Le., Louis (6311 B).

Mère XIVpare, 42 ans. Accouchement au 8e mois.

Né le 24 mai 1905 à la clinique Baudelocque, pesant 2.900 gr.; placenta, 1.090 gr. pour les 2 enfants.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois et demi. Allaitement mixte, gastro-entérite.

Décédé à 3 mois.

Obs. 200. — Le., Marcel (6312 B). Frère jumeau du précédent.

A la naissance, 2.860 gr.

Inscrit au Dispensaire à 2 mois et demi; gastro-entérite.

Décès à 3 mois.

Obs. 201. — Com., Aimé (8209 B).

Né le 18 avril 1907 à la clinique Tarnier, pesant 2.650 gr.; placenta, 670 gr. pour les 2 enfants.

Inscrit au Dispensaire à 1 mois. Envoyé en nourrice à 6 semaines.

Obs. 202. — Com., Marguerite (8210 B). Sœur jumelle du précédent.

A la naissance, 2.310 gr. Inscrite au Dispensaire à 1 mois; en nourrice à 6 semaines.

Obs. 203. — Ma., Paul (9785 B).

Mère IIpare, l'aîné décédé.

Né le 3 août 1908 à la clinique Baudelocque, pesant 3.120 gr.; placenta, 840 gr. pour les 2 enfants.

Inscrit au Dispensaire à 9 mois, 7.480 gr.; allaitement au sein. 8 mois, puis mixte; 2 dents à 9 mois.

Obs. 204. — Ma., Suzanne (9786 B). Sœur jumelle du précédent.

A la naissance, 2.600 gr. Inscrite au Dispensaire à 9 mois, 6.700 gr.; 2 dents; allaitement mixte.

— La 205e observation figure p. 121 (obs. 87 *bis*).

Moyennes de mensurations

Garçons.

AGE	POIDS	TAILLE	PÉRIMÈTRE THORACIQUE	DIAMÈTRE TRANSVERSAL DU THORAX	NOMBRE D'INDIVIDUS MESURÉS
1 an	8 kg. 890	0 m. 719	0 m. 457	0 138	15
18 mois	10 370	0 782	0 482	0 148	10
2 ans	11 960	0 849	0 497	0 153	15
2 ans 1/2	12 650	0 895	0 500	0 160	10
3 ans	13 880	0 953	0 510	0 161	7
3 ans 1/2	14 750	0 994	0 532	0 168	6
4 ans	15 500	1 m. 021	0 538	0 171	6
4 ans 1/2	16 320	1 045	0 539	0 176	5
5 ans	17 200	1 066	0 550	»	9
5 ans 1/2	17 680	1 097	0 558	0 176	8
6 ans	18 950	1 121	0 570	0 179	13
6 ans 1/2	19 550	1 152	0 575	0 181	5
7 ans	20 140	1 176	»	»	9
7 ans 1/2	21 300	1 209	»	0 182	7
8 ans	21 760	1 223	0 588	»	8
8 ans 1/2	23 230	1 249	0 593	0 187	4
9 ans	24 430	1 259	0 622	0 194	10
9 ans 1/2	25 300	1 305	0 628	»	9
10 ans	27 500	1 329	0 652	0 199	15
10 ans 1/2	28 340	1 355	»	»	7
11 ans	29 500	1 372	0 660	0 201	10

Moyennes de mensurations

Filles.

AGE	POIDS	TAILLE	PÉRIMÈTRE THORACIQUE	DIAMÈTRE TRANSVERSAL DU THORAX	NOMBRE D'INDIVIDUS MESURÉS
1 an	8 kg. 760	0 m. 717	0 m. 442	0 m. 135	11
18 mois	9 920	0 762	0 467	0 139	10
2 ans	11 170	0 828	0 488	0 150	10
2 ans 1/2	12 070	0 861	0 489	0 151	5
3 ans	12 930	0 915	0 494	0 152	9
3 ans 1/2	13 450	0 946	0 509	0 155	6
4 ans	15 110	1 m. 001	0 520	0 163	8
4 ans 1/2	15 890	1 026	0 521	0 163	5
5 ans	16 000	1 053	0 526	0 166	9
5 ans 1/2	16 510	1 065	»	»	4
6 ans	17 130	1 081	0 528	0 166	4
6 ans 1/2	18 230	1 092	0 533	0 167	3
7 ans	18 950	1 132	0 553	0 170	6
7 ans 1/2	20 050	1 155	»	0 172	3
8 ans	20 840	1 208	0 570	0 176	7
8 ans 1/2	21 900	1 226	»	0 179	4
9 ans	22 530	1 243	0 596	0 180	4
9 ans 1/2	23 910	1 283	0 611	0 180	4
10 ans	25 480	1 290	0 618	0 186	8
11 ans	27 760	1 359	0 632	0 197	3

CONCLUSIONS

Une enquête sur l'avenir des prématurés se heurte à de nombreuses difficultés. Il faut établir d'une façon certaine que la naissance a été prématurée ; puis, dans l'état où l'on retrouve l'enfant, faire la part de tous les facteurs morbides, héréditaires ou acquis, qui ont troublé sa croissance et ont pu faire de lui un infirme.

Nous avons pu recueillir dans un dispensaire d'enfants 205 observations de prématurés sur la naissance de la plupart desquels les registres des maternités nous renseignaient rétrospectivement. D'une durée inégale, ces observations s'échelonnent sur une période de 14 ans. Des observations d'enfants nés à terme, tirées du même milieu, nous ont permis une comparaison. Aucune statistique analogue n'a été publiée jusqu'à présent.

Le nombre restreint de ces prématurés par rapport au nombre des observations consultées (4,9 p. 100) et sa comparaison avec la fréquence de l'accouchement prématuré qu'établissent les statistiques des maternités (1/3 environ) indiquent le lourd tribut que paient les prématurés à la mortalité infantile. Cette mortalité croît à mesure que l'accouchement fut plus prématuré. Elle est particulièrement élevée chez les jumeaux (48,3 p. 100). Nous n'avons re-

trouvé aucun enfant dont le poids de naissance ait été inférieur à 1.700 grammes.

La cause qui a déterminé l'accouchement prématuré n'est pas indifférente. La pratique de la réaction de Wassermann nous a montré souvent le rôle méconnu de la syphilis, dont l'accouchement provoqué lui-même n'exclut pas la possibilité. Qu'elle soit ou non le facteur principal dans la détermination de l'accouchement, son influence est capitale sur l'avenir du prématuré. Nous avons pu ainsi rattacher à la syphilis héréditaire un certain nombre de troubles morbides présentés par des enfants prématurés : intolérance gastrique, incontinence d'urine, déficit intellectuel, hydrocéphalie s'accompagnaient si souvent de réactions de Wassermann positives qu'il ne pouvait s'agir d'une coïncidence. Nous avons pu contrôler de même l'origine syphilitique d'un cas de maladie de Little et de certaines dysplasies. Ainsi la part de la syphilis dans l'hérédité morbide s'avère-t-elle plus considérable par l'usage des méthodes de laboratoire.

Les hémorragies méningées que nous avons constatées, à la Maternité, à l'autopsie de prématurés, confirment cette théorie que les traumatismes de l'accouchement sont surtout funestes à cette catégorie de nouveau-nés. Mais les lésions syphilitiques n'y sont pas toujours étrangères.

La syphilis héréditaire atténuée peut ne manifester son influence que par un retard de la croissance. Dans ce cas la recherche systématique de la réaction de Wassermann, plus spécialement indiquée chez les prématurés, révélera le diagnostic et le traitement antisyphilitique longtemps prolongé sera parfois efficace.

La tuberculose joue un rôle prépondérant dans ces retards de croissance. Les prématurés issus de tuberculeux, et trop souvent exposés de ce fait à la contagion tuberculeuse, donnent les résultats les plus défavorables. Chez les syphi-

litiques souvent tuberculisés, chez les tuberculeux, nous avons observé les formes de rachitisme les plus graves et les plus prolongées.

Aggravée par ces facteurs infectieux la croissance des prématurés est, dans l'ensemble, peu satisfaisante. La proportion de ceux qui supportent avantageusement la comparaison avec des enfants à terme bien portants est, au cours de la première enfance de 8,6 p. 100, au cours de la seconde enfance, de 10,5 p. 100.

Si l'on déduit des cas défavorables les syphilitiques, les tuberculeux et les enfants dont l'alimentation fut défectueuse (élevage en nourrice), la comparaison est encore au désavantage des prématurés. La plupart restent au-dessous des moyennes de poids et de taille au cours de la seconde enfance. Tandis que cette infériorité était, durant les deux premières années, d'autant plus accusée que l'accouchement avait été plus prématuré (28,5 p. 100, 42,8 p. 100 ou 100 p. 100 des enfants étant de plus d'un kilogramme inférieurs à la moyenne, suivant qu'ils pesaient à la naissance moins de 3.000, moins de 2.500 ou moins de 2.000 grammes), le parallélisme est moins net ultérieurement).

La naissance prématurée n'entraîne pas seulement un retard persistant de la croissance; nous avons démontré par de nombreuses observations qu'elle abaissait la taille. Cette influence pourrait être comparée à celle des conditions ingrates qui *rabougrissent* les espèces animales ou végétales. La comparaison de prématurés avec des enfants de même souche, nés à terme, nous a permis de nous assurer que ce fait était indépendant des conditions de milieu social et d'hérédité. Il est possible que, dans certains cas, où les agents infectieux ont peut-être aussi leur part, l'obésité s'ajoute à cet abaissement de la taille.

Certains des prématurés chez lesquels nous avons observé ce défaut étaient nés au cours du neuvième mois, dans les

conditions où l'on propose encore de provoquer l'accouchement. Peu débiles à la naissance, ces prématurés ont toutes chances de survivre. C'est pourquoi l'accouchement prématuré, s'il a cette influence éloignée, est aussi préjudiciable pour la race que pour l'individu.

Il importe donc de donner à la femme enceinte le repos nécessaire pour mener à terme sa grossesse et de prévenir les causes de l'accouchement prématuré. Les causes infectieuses qui en aggravent les conséquences sont souvent latentes. La recherche de la syphilis devient ainsi l'auxiliaire indispensable de la puériculture avant la procréation et pendant la gestation.

Après la naissance son intérêt n'est pas moindre. Si une bonne hygiène, une surveillance médicale étroite permettent à certains prématurés de racheter les désavantages de leur naissance, le pronostic doit être beaucoup plus réservé si la réaction de Wassermann est positive.

Vu :
Le Doyen,
D. LANDOUZY

Vu :
Le Président de la thèse,
M. PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD